

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Martin Tušl

Rozhovor v interkulturní psychodiagnostice

Interviewing in intercultural psychodiagnostics

V Praze 2014

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová

Poděkování

Děkuji PhDr. Markétě Niederlové za její vedení a podporu při realizaci této práce.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 8. 5. 2014

.....
Martin Tušl

Abstrakt: V této práci se zabývám interkulturní psychologickou diagnostikou se zaměřením na metodu rozhovoru. První část je teoretickým úvodem do psychologické diagnostiky; stručně jsou rozebrány testové i klinické metody a podrobně je zde rozpracován diagnostický rozhovor. Další část je pak zaměřena na problematiku využití diagnostického rozhovoru při interkulturním vyšetření. Jedná se o takový případ, kdy psycholog a klient pocházejí z odlišné kultury, tedy například nemají stejný mateřský jazyk, neznají zvyky a pravidla jednotlivých kultur, atd. V závěrečné části je navržen výzkumný projekt, jehož cílem je zmapovat zkušenosti českých klinických psychologů s interkulturní psychologickou diagnostikou.

Klíčová slova: psychodiagnostika, klinický rozhovor, kultura, kulturní kompetence, komunikace

Abstract: The topic of the following work is the intercultural psychodiagnostics with a focus on the method of interviewing. The first part is a theoretical introduction to psychodiagnostics; briefly are described test methods and clinical methods with a deeper elaboration of the clinical interview. The next part focuses on the problem of using a clinical interview in the intercultural examination. Meaning a situation where the psychologist and the client do not share the same culture, do not have the same mother tongue, do not know the rules and habits of each others culture, etc. In the last part I have designed a survey which would evaluate the experiences of the czech clinical psychologists with intercultural psychodiagnostics.

Keywords: psychodiagnostics, clinical interview, culture, cultural competence, communication

Obsah

Obsah.....	1
I. ÚVOD.....	3
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	4
1 Komunikace každodenního života a komunikace diagnostická.....	4
2 Rozhovor a jeho místo v psychologické diagnostice.....	5
2.1 Vymezení oboru.....	5
2.2 Metody psychologické diagnostiky.....	6
2.2.1 Klinické metody.....	7
2.2.2 Testové metody.....	8
2.3 Diagnostický rozhovor.....	10
2.3.1 Rozhovor v klinické psychologii.....	11
2.3.2 Stručně z historie.....	12
2.3.3 Strukturovanost diagnostického rozhovoru.....	13
2.3.4 Empirické měření strukturovanosti rozhovoru.....	15
2.3.5 Vhodné vedení diagnostického rozhovoru.....	16
2.3.6 Formy otázek.....	17
2.3.7 Význam osobnosti psychologa.....	19
3 Interkulturní psychodiagnostika.....	20
3.1 Kultura.....	21
3.2 Aktuálnost interkulturní diagnostiky.....	22
3.2.1 Přínos Americké psychologické asociace.....	23
3.3 Problém navázání vztahu psychologa s klienta.....	24
3.4 Kulturní kompetence v klinické praxi.....	25
3.5 Kulturně podmíněné diagnózy.....	26
3.6 Interkulturní diagnostický rozhovor.....	28
3.6.1 Struktura rozhovoru.....	29
3.6.2 Jazyková bariéra.....	31
3.6.3 Rasové a etnické rozdíly.....	32
3.6.4 Srovnání přístupu DSM a MKN.....	33
3.7 Situace v České republice.....	35
III. NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU.....	37
4 Popis projektu.....	37
4.1 Předmět výzkumu.....	37

4.2 Cíle projektu.....	38
5 Výzkumný soubor.....	38
5.1 Vyhledávání respondentů.....	39
6 Metody sběru dat.....	40
7 Zpracování dat.....	41
7.1 Kvantitativní data.....	41
7.2 Kvalitativní data.....	42
8 Úskalí a limity.....	42
IV. ZÁVĚR.....	44
Seznam použité literatury.....	45
Přílohy.....	48

I. ÚVOD

Diagnostický rozhovor, kterému se budu ve své práci věnovat, je jednou z hlavních metod psychologické diagnostiky. Považuje se za metodu nejobtížnější, avšak zároveň nejsilnější. Dobře provedený diagnostický rozhovor může být bohatým zdrojem informací stěžejních pro následnou formulaci diagnózy. Groth-Marnat (2003, s. 69) ve své monografii píše, že „*pravděpodobně ty nejdůležitější informace, které během psychologického vyšetření získáváme, jsou získané rozhovorem.*“

Tak jako při běžné každodenní komunikaci i při diagnostickém rozhovoru je jedním z hlavních nástrojů jazyk. Díky jazyku myslíme, jsme schopni efektivního a rychlého předávání informací, a navíc můžeme také tyto znalosti a informace sbírat, sepisovat a předávat je dalším generacím. Jazyk je tedy základním stavebním kamenem kultury, vědy, umění, atd. Jazyků a dialektů existuje velké množství, stejně tak jako kultur, ve kterých jazyk vzniká a vyvíjí se (Plháková, 2010).

Vlivem globalizace dochází ke stále většímu míšení jednotlivých kultur a komunikace s cizinci se tak stává běžnou praxí. Mateřskému jazyku se učíme od malička, je součástí kultury, ve které vyrůstáme a většinou nás nestojí velké úsilí komunikovat s lidmi, kteří náš jazyk sdílejí. Problém nastává s komunikací v cizím jazyce, kterému se často učíme ve školních lavicích, tedy bez zkušenosti s danou kulturou. Následkem nedokonalé znalosti jazyka a kultury se tak daleko snadněji dostaneme do nesnází kvůli špatné volbě slov nebo špatnému pochopení významu sdělení.

Interkulturní diagnostice bylo doposud obecně věnováno málo pozornosti, o to méně pak v našich krajích. Nicméně po uvolnění hranic dochází i v České republice k přílivu turistů a přistěhovalců, kteří také potřebují lékařskou péči. Domnívám se, že i pro české klinické psychology je tato problematika stále aktuálnější a že množství klientů, kteří pocházejí z jiné kultury neustále přibývá. Ve své práci se budu věnovat interkulturní psychologické diagnostice, tomu jakou roli hraje kultura a jazyk během diagnostického rozhovoru a jaká jsou možná rizika a problémy s tím spojené.

V praktické části vytvořím projekt, který by umožnil zmapovat zkušenosti zdejších psychologů s diagnostikou cizinců. Cílem je získat kvalitativní a kvantitativní data o aktuálnosti interkulturní diagnostiky u nás, o možných úskalích, problémech a dalších specifikách, které diagnostika cizinců obnáší. Ve finální části tohoto projektu by byl na základě těchto dat vytvořen manuál pro diagnostickou práci s cizinci.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Komunikace každodenní a komunikace diagnostická

Komunikace mezi psychologem a klientem během diagnostické praxe je velmi odlišná od běžné každodenní komunikace. Nicméně i přesto se jedná o jistou specifickou formu mezilidské komunikace. V této úvodní kapitole se pokusím stručně poukázat na některé rozdíly mezi diagnostickým rozhovorem a konverzací každodenního života.

Rozhovor je jen jednou z mnoha forem mezilidské komunikace, v diagnostice však hraje ústřední roli a je tím nejdůležitějším způsobem přenosu informací mezi klientem a psychologem. Komunikace diagnostická je do velké míry utvářena kontextem celé situace a tím se také odlišuje od běžné každodenní komunikace. Už pouhé postavení jednotlivých účastníků, tedy psychologa a klienta, výrazně ovlivňuje celou komunikaci. Diagnostika většinou probíhá v pracovně psychologa a klient přichází s problémem, který je pro něj aktuální (DeVito, 2008, Svoboda, 1999).

Kromě kontextu se také odlišuje od běžné konverzace z hlediska cíle, obsahu a formy. Cílem diagnostického rozhovoru je získat konkrétní informace a dosáhnout předem stanoveného cíle, jehož vyústěním je určení diagnózy. Z toho důvodu má diagnostický rozhovor jasnou posloupnost a soustředí se okolo předem vymezených témat, jejichž specifičnost záleží na míře strukturovanosti rozhovoru. Oproti běžné konverzaci je během diagnostického rozhovoru nutné zaměřovat se i na nepříjemná témata a pocity, o kterých je pro klienta obtížné mluvit. Z toho důvodu je také důležité navázání vztahu, který klientovi umožní o svých problémech hovořit bez ostychu a co možná nejdetailněji. Psycholog musí být schopen nejen správně vést a kontrolovat průběh rozhovoru, ale zároveň musí disponovat odbornými teoretickými i praktickými znalostmi, pokrývající témata, kterých se během rozhovoru dotýká (Groth-Marnat, 2003).

Způsob vedení a atmosféra diagnostického rozhovoru je také odlišná od běžné konverzace, otázka vztahu mezi psychologem a klientem je jedním z důležitých a nelehkých témat. Sommers-Flanagan (1999) definuje diagnostickou komunikaci jako systematické přizpůsobení běžné sociální interakce na profesionální úroveň. Jednání psychologa s klientem by mělo být takové, aby bylo příjemné a přirozené pro obě strany. Komunikace tedy může probíhat v přátelské atmosféře, avšak vztah mezi nimi zůstává čistě profesionální a úkolem psychologa je klientovi pomoci, nikoli navázat přátelský vztah.

2 Rozhovor a jeho místo v psychologické diagnostice

2.1 Vymezení oboru

Psychologická diagnostika je v současnosti jedním z nejdiskutovanějších témat klinické psychologie a psychiatrie. Je jednou z důležitých disciplín aplikované psychologie a řadí se k hlavním oborům klinické psychologie. Svou komplexností a náročností vyžaduje integraci teoretických a praktických znalostí napříč celým spektrem psychologie. Rozhovor má v psychodiagnostice své důležité místo a považuje se za jednu z nejobtížnějších diagnostických metod (Alarcón, 2009; Groth-Marnat, 2003; Svoboda, 1999).

Psychologickou diagnostiku provádí klinický psycholog a tento proces s sebou nese velkou míru profesní zodpovědnosti z jeho strany. Zpravidla je součástí psychologického vyšetření klienta, které probíhá za zákonem daných podmínek a pravidel a s výjimkou vyšetření v rámci soudních sporů by měla vést ku prospěchu klienta (Matarazzo, 1990; Vymětal, 2001).

Klinický psycholog by měl disponovat hlubokými znalostmi z oblasti psychopatologie, měl by být zdatný v interpersonální komunikaci a vědět jaký vliv má na klienta kontext situace, ve které se nachází a jak tento fakt může ovlivnit celý diagnostický proces (Turner, Hersen, & Heiser, 2003 podle Aklin & Turner, 2006).

Cílem psychodiagnostiky je hledat odpovědi na specifické otázky, týkající se problémů klienta a pomocí informací získaných psychologickým vyšetřením tak zvýšit pravděpodobnost určení správného léčebného postupu (Groth-Marnat, 2003). Říčan (1977, s. 13) definuje psychodiagnostiku jako „*zjišťování a měření duševních vlastností a stavů, případně dalších charakteristik individua.*“

Svobodova (1999, s. 11) definice je širší a vymezuje diagnostickou činnost jako „*souhrn operací, postupů a technik, jejichž cílem je stanovit diagnózu, a to podle konkrétního cíle, kterým může být:*

- *určení stupně vývoje,*
- *zjištění příčin odchylného vývoje od věkové normy,*
- *zjištění individuálních zvláštností osobnosti,*
- *zjištění podstaty, podmínek a příčin individuálních rozdílů,*
- *prognóza nebo predikce.*“

Psychologická diagnostika tak integruje a aplikuje poznatky z oblastí obecné psychologie, vývojové psychologie, psychologie osobnosti, diferenciální psychologie a dalších. Cílem je určení diagnózy, nebo-li pojmenování nemoci a klasifikace potíží klienta do určité třídy. Nejde však jen o určení problémů a abnormalit, ale o zachycení celé osobnosti klienta a odhalení individuálních zvláštností a kvalit osobnosti jak ve smyslu statickém, tak i dynamickém. Úkolem psychologa je tyto jednotlivé poznatky a informace analyzovat a vyvodit z nich relevantní závěry (Svoboda, 1999).

Pojem osobnost však není jednoduše definovatelný. G. W. Allport (1937 podle Hartl & Hartlová, 2000, s. 379) definuje osobnost jako „*dynamickou organizaci psychofyzických systémů v jedinci, která určuje jeho adaptaci na prostředí a jeho charakteristické způsoby chování a prožívání.*“ Zároveň však Allport publikoval seznam 50ti rozdílných definic osobnosti od různých autorů, čímž poukazuje na komplexnost a nejednotnost v jejím vymezení a chápání.

Nicméně většina hlavních definic osobnosti se shoduje v tom, že „*nejvlastnějším znakem osobnosti je její jedinečnost, výlučnost, odlišnost od všech jiných osobností.*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 379). Z českých autorů je tomuto pojetí blízko Mikšík (2007, s. 14), podle něhož „*osobnost označuje to, co je pro daného jedince nejpodstatnější, nejpríznačnější.*“

Úkolem klinického psychologa je tedy tuto příznačnost a podstatu zachytit, analyzovat a vytvořit tak celkový profil osobnosti klienta. Vymětal (2001, s. 74) doslova píše, že „*psychodiagnostika představuje vědecké poznávání člověka.*“ Na základě tohoto poznání je potom možné odhalit různé odchylky od normy a případně zformulovat konkrétní diagnózu. Při diagnostické činnosti je velmi důležité respektovat pravidla „nonmaleficence“ a „beneficence“, tedy „nepoškodit“ a „pomoci“, neboť svým rozhodnutím a svou činností má psycholog přímý vliv na zdraví a život klienta.

2.2 Metody psychologické diagnostiky

Diagnostická činnost sestává z diagnostických metod, které nabízejí širokou paletu technik, které psycholog může využít. Za diagnostickou metodu můžeme v podstatě považovat cokoli, čeho psycholog využívá k formulaci psychologické diagnózy. Avšak na odborné úrovni se rozlišují tři hlavní skupiny diagnostických metod, kterých se v praxi využívá – **klinické, testové a přístrojové** (Svoboda, 1999).

Rozhovor je jednou z klinických metod, jeho využití je však vždy více či méně spojeno i s využitím ostatních metod. Důležitou součástí rozhovoru je vždy pozorování, testové metody pak mohou přinést důležité doplňující informace, díky kterým je možné zvýšit pravděpodobnost správného určení diagnózy. Je vždy na zvážení psychologa, které z metod uzná za vhodné k diagnostice konkrétního případu, avšak je velmi obtížné určit diagnózu a předpovědět budoucí vývoj pouze na základě klinického rozhovoru. Cílem by vždy mělo být použití takových metod, které zaručí nejvyšší pravděpodobnost formulace správné diagnózy a zároveň co nejméně zatíží klienta (Basco et al., 2000; Shea, 2000; Strakowski et al., 1997 podle Aklin & Turner, 2006; Bénony, Chahraoui, 1999; Svoboda, 1999).

2.2.1 Klinické metody

Klinické metody jsou nestandardní postupy, tedy nejsou založeny na statistických základech a informace získané těmito metodami nelze statisticky hodnotit ani ověřit. Jejich využití umožňuje získat kvalitativní informace o osobnosti klienta jako celku (Svoboda, 1999).

Do klinických metod se řadí:

- Rozhovor
- Pozorování
- Anamnéza
- Analýza spontánních produktů (Svoboda, 1999).

Výhodou klinických metod je jejich přirozenost, pružnost a širší záběr. Umožňují navázat bezprostřední kontakt s klientem a získat tak od něj informace, které by nebylo možné zjistit jinými postupy. Avšak to, do jaké míry bude využití těchto metod účinné a přínosné, záleží zejména na schopnostech a zkušenostech psychologa. Na rozdíl od testových metod, totiž nemá psycholog k dispozici jasně daný návod, podle kterého postupovat (Groth-Marnat, 2003; Svoboda, 1999).

Pozorování je nedílnou součástí komunikace jak v běžném životě, tak i v diagnostické činnosti. Pozorujeme v podstatě pořád a laikovi by se možná mohlo zdát podivné, že taková základní každodenní činnost, může být diagnostickou metodou. Pozorování je však nejstarší diagnostickou metodou a je cenná právě svou jednoduchostí a množstvím různorodých

informací, které jím získáváme. Zrakem pozorujeme chování ostatních, a přijímáme tak obrovské množství neverbálních informací (Hartl & Hartlová, 2000).

Dle Ferjenčíka (2000, s. 170) „*nejpodstatnější rozdíl mezi pozorováním a rozhovorem spočívá v tom, že rozhovor představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat.*“ Během samotného pozorování tedy psycholog přímo neinteraguje s klientem, takže problémem této metody je jeho subjektivita. Je vždy ovlivněno zkušenostmi jedince, jeho postoji, pozorností, schopnostmi atd., proto se v případě samostatného používání této metody zvyšuje jeho objektivita například pomocí většího počtu nezávislých pozorovatelů. Nicméně během diagnostické činnosti je pozorování důležité zejména v souvislosti s využitím ostatních metod (Hartl & Hartlová, 2000).

Anamnéza je specifickým typem rozhovoru, který má za cíl zjistit co nejvíce informací z klientovy minulosti vedoucí k vysvětlení současného stavu klienta. Jedná se tedy zpravidla o strukturovaný rozhovor, kdy se psycholog táže na konkrétní fakta z klientova dosavadního života. Anamnéza se v základu dělí na **osobní** a **rodinnou**. Osobní anamnéza je zaměřena na fakta týkající se klienta a rodinná anamnéza se zabývá údaji o rodině klienta a jeho předcích (Svoboda, 1999).

Medicínská osobní i rodinná anamnéza se zaměřuje zejména na prodělané nemoci a patologické projevy. Psychologická anamnéza se soustřeďuje spíše na osobnost jako celek. Zabývá se jejím vývojem a veškerými vlivy, které ji mohly formovat. Svoboda (1999, s. 43) uvádí okruhy, kterými se psychologická anamnéza zabývá. Jedná se o „*nukleární rodinu, emocionální a intelektuální vývoj, vývoj sociálních vztahů, eroticko-sexuální vývoj, pracovní vývoj, vývoj postojů k hodnotám a vývoj abnormních, hraničních a patických jevů.*“

Analýza spontánních produktů jsou spontánní výtvořky klienta, které mají vypovídající hodnotu o jeho osobnosti. Může to být například deník, kresba, písmo, socha či jiný umělecký výtvar, apod.. Cennost takových informací spočívá zejména v jejich unikátnosti a přímé vazbě na klientovu osobnost (Svoboda, 1999).

2.2.2 Testové metody

V psychologické diagnostice se k získávání dat a informací hojně využívají testové metody. Na rozdíl od klinických metod se řídí jasně danými pravidly, která jsou s používáním a administrací testů spojena. Administrace probíhá podle jasně daného klíče, který zaručuje jejich standardnost a každý kvalitní test musí obsahovat přesný návod, podle kterého

psycholog postupuje. Diagnostika pomocí testových metod je výhradou pouze a jenom klinických psychologů popřípadě osob pod jejich vedením. Administrátor musí být plně obeznámen jak s teorií, tak i s praktickým používáním testu, neboť v případě špatné administrace či interpretace dat by mohlo dojít ke zkreslení výsledků a možnému poškození klienta (Vymětal, 2001).

Dle Ferjenčíka (2000) představují psychologické testy nejpoužívanější nástroj k získávání informací. Říčan (1977, s. 25) definuje testové metody jako „*standardní postup, při kterém u probanda navozujeme diagnosticky cenné jevy, které registrujeme tak, že je možné výsledky různých probandů navzájem srovnávat.*“

Svoboda (1999) píše, že test je v podstatě experiment. Jeho cílem je totiž vyvolat a změřit chování vyšetřované osoby v kontrolovaných a standardizovaných podmínkách. Jak již bylo zmíněno, psychologické testy, na rozdíl od klinických metod, musí splňovat určité psychometrické charakteristiky, které zaručují jejich kvalitnost. Těmito základními charakteristikami, které by každý psychologický test měl splňovat, jsou standardnost, objektivita, reliabilita a validita (Ferjenčík, 2000).

Testů existuje velké množství a k jejich kategorizaci se obecně používá tzv. Cronbachovo dělení. Takto se dělí na testy schopností, kam patří inteligenční testy a testy speciálních schopností (např. Wechslerův inteligenční test, Torranceho figurální test tvořivého myšlení) a testy osobnosti (MMPI, Big Five), které jsou založeny na introspekci klienta a s jejich pomocí se kvantitativně zachycuje osobnost klienta, jeho vztah k ostatním, atd. (Cronbach, 1960 podle Ferjenčíka, 2000; Vymětal, 2001).

Specifickou kategorií osobnostních testů tvoří projektivní metody, jako je například kresba, Rorschachovy tabule nebo Murrayho Tématicko-apercepční test (TAT). Jedná se o pomezí mezi klinickými a testovými metodami, neboť se jedná o standardní metody, které však svou neurčitostí a mnohoznačností často mohou mít povahu spíše klinických metod. Projektivní testy jsou tedy založeny na neurčitosti a mnohoznačnosti podnětů, na něž jedinec reaguje, a projevuje tak různé stránky své osobnosti (Vymětal, 2001).

Avšak ani sebelepší psychologický test nemůže nahradit diagnostický rozhovor. Naopak testové metody jsou často spíše důležitou podpůrnou součástí rozhovoru. Prostřednictvím testových metod můžeme získat cenná data, není však možné stanovit diagnózu pouze na jejich základě. Jejich ověřování, potvrzování či vyvracení probíhá právě prostřednictvím klinických metod (Groth-Marnat, 2003).

Důležitost a nezastupitelnost rozhovoru spočívá také v tom, že se jedná o základní způsob navázání kontaktu s klientem. Zvládnutí úvodního rozhovoru může být stěžejní pro celý průběh diagnostické činnosti. Tento zdánlivě základní mezilidský kontakt s sebou nese mnoho úskalí, kterých si psycholog musí být vědom, aby mohl zručně a dovedně tuto metodu používat. I v případě monokulturní diagnostiky je rozhovor náročnou metodou, v případě interkulturní diagnostiky pak do hry vstupují další vlivy, které výrazně ovlivňují celý proces (Groth-Marnat, 2003).

Nicméně oproti testovým metodám mají klinické metody a zejména rozhovor mnohé nevýhody. Tou zásadní je fakt, že přestože je diagnostický rozhovor jednou z nejpoužívanějších psychologických metod, jedná se zároveň o metodu, která je nejméně vědecky prozkoumaná a ověřená. Přestože validita a reliabilita jsou u testových metod nezbytným předpokladem, u rozhovoru je jejich vymezení značně problematické a jedná se o dlouhodobě diskutované téma (Groth-Marnat, 2003; Kvale, 1983).

Dle různých autorů může být důvodem právě to, že se jedná o metodu používanou tak často a v takové hojnosti, že se považuje za zbytečné, podrobovat tento proces empirickému zkoumání. Faktem však zůstává, že mnoho klinických psychologů přeceňuje své schopnosti určit diagnózu a vyvodit závěry na základě informací získaných rozhovorem (Garb, 1997; Miller, 2001; Miller, Dasher, Collins, Griffiths, & Brown, 2001; Sher & Trull, 1996; Wood et al., 2002 podle Aklin & Turner, 2006).

2.3 Diagnostický rozhovor

Diagnostický rozhovor je tedy jedním ze způsobů mezilidské komunikace, která se uskutečňuje zejména prostřednictvím dvou hlavních složek, a to verbální a neverbální komunikace. Rozhovor přináší informace jak o vnějším, tak i o vnitřním světě klienta. Z toho plyne, že psycholog by měl být vnímavý vůči všem projevům klienta, analyzovat je a vyvozovat z nich závěry. Musí umět zpracovávat množství informací jak verbálních, tak i neverbálních a dokázat je zpracovat tak, aby na ně mohl vhodně reagovat a získat tak od klienta veškeré důležité informace (Groth-Marnat, 2003).

Aklin & Turner (2006) definují diagnostický rozhovor jako mezilidské setkání, jehož účelem je získání informací o osobnosti, pocitech a postojích klienta, o jeho symptomech a problémech a zároveň umožňuje pozorovat klientův verbální a neverbální projev. Tento proces pokládání otázek a pozorování reakcí chování klienta vede psychologa k vymezení možné diagnózy a k dalším důležitým rozhodnutím, které se týkají zdraví klienta.

Francouzští autoři Bénony & Chahraoui (1999) vymezují diagnostický rozhovor jako metodu, pomocí které můžeme získat přístup k informacím o současných a minulých problémech klienta, o jeho osobnosti, způsobu fungování psychiky a o jeho možnostech a obtížích spojených se změnou, která by vedla ke zlepšení stavu.

Jak již bylo několikrát zmíněno, úkolem diagnostiky je také poznat jedinečnost každé osobnosti a rozhovor může velkou měrou pomoci psychologovi tuto jedinečnost odkrýt. Avšak aby tak mohl učinit, musí být psycholog flexibilní a musí se umět klientovi přizpůsobit. Klienti mohou prostřednictvím rozhovoru odkrýt celou řadu symptomů a informací týkajících se jejich zdravotního stavu, avšak je vždy pouze na psychologovi, jakým způsobem toto množství informací zpracuje a jaký závěr z nich vyvodí (Aklin & Turner, 2006).

2.3.1 Rozhovor v klinické psychologii

V klinické psychologii není diagnostika jedinou oblastí, kde se využívá rozhovor. Podle cíle a záměru klinického rozhovoru existuje kromě diagnostického rozhovoru také rozhovor terapeutický, anamnestický, poradenský, výzkumný a výběrový (Svoboda, 1999).

Nicméně toto teoretické vymezení není v praxi tak jednoznačné. Například Ledoux (1983) píše, že jakýkoli klinický rozhovor, ať už se jedná o diagnostický, výzkumný nebo poradenský, má nutně také terapeutický efekt. Zdůvodňuje to tím, že specifická klinického rozhovoru, která jej odlišuje od běžné konverzace, je zejména v tom, že klinický rozhovor se soustředí kromě vědomého obsahu také na nevědomý. V psychoanalytických termínech tedy zkoumá jak manifestní, tak i latentní obsah. Snaží se tak odkrýt zamaskovaná přání a motivace, která jsou za normálních okolností potlačena. Uvědomění si těchto přání uvolňuje napětí, které klient prožívá a poskytuje psychickou úlevu.

Ledoux nám nabízí psychodynamický pohled, typický pro francouzskou klinickou psychologii, který předpokládá stěžejní vliv nevědomí na lidskou psychiku. Myslím si však, že i v rovině vědomí může mít diagnostický rozhovor terapeutický účinek. Bénony & Chahraoui (1999) to formulují jednoduše tak, že jeden z cílů diagnostického rozhovoru je pomoci klientovi odhalit a verbalizovat původ a formu jeho problému a na jejich základě formulovat terapeutický plán. Tento proces formulace problému a možného způsobu léčby má již sám o sobě pozitivní, tedy terapeutický, účinek na klienta.

2.3.2 Stručně z historie

Vznik a rozvoj psychologické diagnostiky se spojuje se jmény jako Lightner Witmer, Francis Galton, James Cattell nebo Alfred Binet. Převážně tedy s rozvojem psychologického testování, které začalo koncem 19. století a zažilo zlatou éru ve 20. století. Rozvoj psychologického testování je bohužel spojen zejména se světovými válkami, kdy se testy používaly k výběru schopných vojáků. Jednalo se zejména o inteligenční testy, ale také o osobnostní dotazníky, kterých se po válce začalo využívat i v praxi (Materazzo, 1990; Říčan, 1977).

S rozvojem medicíny se však testy začaly vyvíjet a využívat také k odhalení patologie. Po válce byla práce klinického psychologa spojena zejména s pomocnou diagnostickou prací pro psychiatrii. S rozvojem psychoterapie během 60. let však diagnostická práce získala nový rozměr. Úkolem klinických psychologů bylo také navrhnout a doporučit vhodný způsob terapeutické léčby na základě individuality klienta (Říčan, 1977).

V současnosti je testování velmi rozvinutým odvětvím, existuje velké množství různých testů, které se využívají jak k medicínským, tak ke komerčním účelům. Podobně je na tom i diagnostický rozhovor, který je v současnosti hlavní psychodiagnostickou metodou, avšak zároveň také rozhovor patří například k nejčastěji využívaným metodám k náboru zaměstnanců ve firmách (Materazzo, 1990).

Rozvoj diagnostického rozhovoru a dalších diagnostických metod jde ruku v ruce s rozvojem medicíny. Začátkem 20. století si ještě medicína nevěděla rady s duševními poruchami a dle Materazzo (1990) ještě například v 60. letech 20. století neexistovala žádná efektivní metoda, jak léčit duševní poruchy. Nezáleželo tedy příliš na tom, zda pacient bude diagnostikován se schizofrenií nebo bipolární poruchou, protože léčebný postup byl víceméně totožný. Tím pádem ani diagnostický rozhovor a způsob jeho vedení nehrál tehdy z diagnostického hlediska tak velkou roli, jako je tomu dnes.

Původně vychází diagnostický rozhovor z medicíny a v počátcích jeho využívání v psychiatrii měl podobu spíše jednoduché anamnézy. Začátkem 20. století se však vlivem psychoanalýzy rozhovor stával otevřenější, méně strukturovaný a dával větší prostor volnému projevu klienta. Problematika míry strukturovanosti a direktivnosti rozhovoru se prolíná celou historií až do současnosti (Groth-Marnat, 2003).

Například Snyder (1945 podle Groth-Marnat, 2003) ve svém výzkumu z roku 1945 uvádí, že non-direktivní způsob vedení rozhovoru vede k lepšímu porozumění problému klientem, protože mu umožňuje samostatný náhled na problém. Zatímco direktivní způsob,

kdy psycholog interpretuje a hodnotí, může zapříčinit defenzivní postoj klienta vůči psychologovi, pro kterého je potom obtížnější sdílet své problémy s psychologem (Groth-Marnat, 2003).

Nicméně i díky rozvoji psychoterapie během 60. až 80. let se zvyšoval význam rozhovoru a jeho struktury. Bylo to dáno zejména kritikou nízké reliability diagnostiky pomocí nestrukturovaného rozhovoru. Ve stejném období také výrazně ovlivnil klinický rozhovor Carl Rogers, který zdůrazňoval význam empatie, kongruence a akceptace ve vztahu psychologa s klientem. Kladl důraz zejména na vytvoření příhodného vztahu mezi klientem a terapeutem, který klientovi umožní získat jistotu a důvěru a plně se tak projevit (Groth-Marnat, 2003; Rogers, 1979).

Ke konci 20. století se začala také diskutovat problematika kulturních a genderových rozdílů, které hrají během rozhovoru důležitou roli. Tato témata však zůstávají i v současnosti nedostatečně rozpracovaná. Například problematice kultury v klinické praxi se začala Americká psychologická asociace zabývat až ke konci 20. století, o tom se však zmíním podrobněji v poslední části této práce (APA, 2003; Groth-Marnat, 2003).

2.3.3 Strukturovanost diagnostického rozhovoru

Diagnostický rozhovor můžeme dělit na různé části od úvodního představení přes jádro rozhovoru až po jeho ukončení. Avšak klinický rozhovor obecně je důležité chápat jako jedinečnou zkušenost a jako proces, který má své vlastní specifické charakteristiky a nelze ho ohraničit předem danými pravidly, podle kterých bychom mohli postupovat. Nicméně na nejobecnější úrovni by měl klinický rozhovor obsahovat úvod, zahájení, jádro rozhovoru, závěr a zakončení (Shea, 1988 podle Sommers-Flanagan, 1999; Sommers-Flanagan, 1999; Svoboda 1999).

Cílem psychodiagnostického rozhovoru je odkrýt a vyhodnotit klientovy psychické obtíže, symptomy, schopnosti, jeho porozumění problému, coping strategie a způsoby chování. Je však důležité si uvědomit, že v závislosti na způsobu vedení a typu rozhovoru můžeme získat různé informace (Aklin & Turner, 2006; Beck & Perry, 2008). V praxi můžeme diagnostický rozhovor dále dělit podle míry strukturovanosti na tři typy:

- strukturovaný,
- částečně strukturovaný (polostrukturovaný)
- volný (Svoboda, 1999).

V případě **strukturovaného rozhovoru** psycholog vede rozhovor direktivně, snaží se systematicky prozkoumávat jednotlivé symptomy a postupuje podle jasně formulovaných otázek. Má předem daná témata a konkrétní otázky, které s klientem prochází, s cílem získat co možná nejpřesnější informace. Strukturovaný rozhovor je založený na snížení pravděpodobnosti variance a chyby následkem rozdílného způsobu vedení rozhovoru. Využívá se v případech, kdy je nutná určitá standardizace rozhovoru, časové omezení nebo v případě, kdy psycholog chce zvýšit stručnost, přesnost a konkrétnost odpovědi klienta. Využití strukturovaného rozhovoru tak zvyšuje reliabilitu a validitu metody (Beck & Perry, 2008; Bénony & Chahraoui, 1999; Svoboda, 1999).

Dle Svobody (1999, s. 38) je strukturovaný rozhovor „*blízký dotazníkovým metodám a užívá se u problémů, o kterých by se respondenti neradi vyjadřovali písemně.*“ V diagnostice se využívá strukturovaného rozhovoru nejčastěji ke dvěma účelům. Za prvé, k získání informací, které by vedly k identifikaci specifických symptomů typických pro konkrétní diagnostické kritérium. Za druhé, k vyhodnocení závažnosti konkrétních symptomů prostřednictvím otázek zaměřených na projevy těchto symptomů a identifikace možných dalších přidružených symptomů (Beck & Perry, 2008).

Částečně strukturovaný nebo polostrukturovaný rozhovor dává větší prostor asociacím klienta a flexibilitě psychologa ve způsobu vedení rozhovoru. Psycholog má připravený seznam témat, kterých se chce dotknout, otázky jsou však méně direktivní, často otevřené a klient má možnost více se projevit. Výhodou je, že klient má dostatek prostoru k vyjádření, a psycholog tak z monologu klienta může získat bohatší informace o reaktivitě klienta, jeho osobnosti, postojích, hodnotách a další informace, které by při využití strukturovaného rozhovoru mohly zůstat neodkryty (Beck & Perry, 2008; Groth-Marnat, 2003).

Volný rozhovor dává klientovi volnost mluvit o tématech, která se mu asociují a psycholog má možnost vést rozhovor tak, jak uzná za vhodné. Nicméně vysloveně volný rozhovor existuje jen teoreticky, neboť v praxi má každý rozhovor nějakou, alespoň minimální strukturu. Nestrukturovaný nebo volný rozhovor také odkazuje na již zmiňované projektivní techniky jako je například Rorschachův test, který je také svým podnětovým materiálem značně neurčitý a volný. Stejně tak nestrukturovaný rozhovor nechává prostor klientovi k tomu, aby se volně vyjádřil k více či méně specifickému tématu, které psycholog nadnese (Beck & Perry, 2008).

Během volného rozhovoru je psycholog nedirektivní, je spíše v roli posluchače, nechává klienta volně vyprávět a reaguje zejména na jednotlivé asociace klienta. Psycholog dává najevo svou pozornost (například udržováním očního kontaktu) a usměrňuje klienta například větami typu „Prosím pokračujte.“ nebo „Můžete mi o tom říci více?“. Z psychoanalytického hlediska, kde je tento typ rozhovoru často užívaný, se tak psycholog snaží zpřístupnit obsah klientova nevědomí a přes jeho asociace se dostat k jádru problému (Aklin & Turner, 2006; Bénony & Chahraoui, 1999).

Velkou nevýhodou volného rozhovoru je však jeho nízká reliabilita a validita. V případě volného a někdy také polostrukturovaného rozhovoru totiž neexistuje jeden správný způsob, jakým rozhovor vést. Psycholog rozhovor orientuje a vede zejména podle své teoretické orientace a svého subjektivního pocitu. Vzniká tak riziko opomenutí některých důležitých témat, které třeba psycholog nepovažuje za důležité nebo jim nevěnuje dostatečnou pozornost (Groth-Marnat, 2003).

2.3.4 Empirické měření strukturovanosti rozhovoru

Hranice mezi tím, kdy je rozhovor strukturovaný, částečně strukturovaný a kdy volný není vždy úplně jasná. Beck & Perry (2008) nabízejí model¹, pomocí kterého lze vyhodnotit míru strukturovanosti rozhovoru. Vymezili sedm kategorií, které jsou zaměřeny zejména na verbální zapojení psychologa během rozhovoru s klientem a na jejich základě pak empiricky vyhodnocují míru strukturovanosti rozhovoru a direktivnosti psychologa.

Čtyři kategorie jsou zaměřeny na verbální sdělení psychologa – podíl počtu slov psychologa z celkového počtu sdělených slov během rozhovoru; celkový počet výroků psychologa během rozhovoru; průměrná délka jednotlivých výroků psychologa; počet citoslovcí, vsuvek a poznámek během rozhovoru.

Dvě kategorie jsou zaměřeny na typ psychologových vstupů do rozhovoru a otázek - počet vysvětlujících (deklarativních) výroků psychologa během rozhovoru; počet otevřených, polouzavřených a uzavřených otázek.

Jedna kategorie je zaměřena na klienta – průměrná délka jednotlivých výroků klienta, která se počítá součtem veškerých slov sdělených klientem děleno celkovým počtem jeho výroků.

¹ Viz příloha A.

Jednotlivé kategorie nám dávají dva druhy informací – kvantitu řečeného, nebo-li počet slov a jejich rozdělení mezi klienta a psychologa, a způsob jakým psycholog vstupuje do rozhovoru a jak ho řídí, tedy kvalitativní stránka jeho výroků. Zjednodušeně tedy čím více slovních intervencí psychologa a čím vyšší počet deklarativních výroků, tím strukturovanější rozhovor a direktivnější způsob jeho vedení (Beck & Perry, 2008).

2.3.5 Vhodné vedení diagnostického rozhovoru

Diagnostický rozhovor je nejčastěji strukturovaný nebo polostrukturovaný. Samotný diagnostický proces je vždy poměrně zdlouhavý a zejména testové metody jsou pro klienta náročné jak časově, tak psychicky. Během diagnostického rozhovoru tedy psycholog musí být direktivnější a směřovat rozhovor určitým směrem. Cílem diagnostického rozhovoru je určit diagnózu založenou na modelu MKN 10, respektive DSM-V. Pokud tedy psycholog ctí tento model, drží se určité struktury a snaží se získat informace o jednotlivých symptomech pacienta, které následně vyhodnocuje a klasifikuje podle manuálu. Tento spíše „formální“ styl vedení rozhovoru pak nutně bude direktivnější a strukturovanější (Groth-Marnat, 2003).

V případě, že psycholog považuje za důležité věnovat se neformálnějším stránkám, může se zaměřit spíše na otázky týkající se prostředí klienta, jeho sociální situace, rodinného zázemí, coping strategií, atd., zkrátka otázkám, které jsou asociovány s problémem klienta. Takto vedený rozhovor pak bude méně direktivní a umožní klientovi hovořit v širších souvislostech (Groth-Marnat, 2003).

Groth-Marnat (2003) zmiňuje, že často volenou cestou diagnostického rozhovoru je vytvoření polostrukturovaného rozhovoru podle seznamu důležitých oblastí, kterých by se psycholog během rozhovoru měl dotknout. Uvádí čtyři hlavní oblasti, kterými jsou: **aktuální problémy klienta**, jejich minulý a současný stav; **rodinná a osobní anamnéza od dětství až po současnost**; **doplňující otázky** jako například pojetí sebe sama, nejradostnější a nejsmutnější vzpomínka, první vzpomínka, obavy, sny, atd. Dobrým způsobem může být vytvoření otevřených nepřímých otázek, které klienta k těmto tématům zavedou.

Například:

„Jaké starosti Vás v poslední době sužují?“

„Jak se tyto problémy projevují?“

„Jak byste popsala svou rodinnou situaci?“

Takovýto polostrukturovaný rozhovor umožňuje psychologovi značnou flexibilitu, která je důležitá, neboť osobnost každého klienta se liší, stejně jako problém, se kterým přichází. Nelze tedy předem předpovědět, které z otázek budou vhodné pro konkrétního klienta. Psycholog by tak neměl slepě následovat předem daný seznam otázek, ale měl by vybírat jednotlivé otázky s ohledem na průběh rozhovoru a jedinečnost klienta a jeho problému (Groth-Marnat, 2003).

Míra strukturovanosti a direktivnosti však také závisí na povaze klienta. Například v případě úzkostného klienta může volný způsob vedení rozhovoru vést ke zvýšení úzkosti. Stejně tak pasivní a zdrženlivý klient bude potřebovat direktivnější styl ze strany psychologa. Méně strukturovanosti a více prostoru však může vyhovovat sebevědomým klientům, a psycholog tak může získat více informací o klientově osobnosti, jeho postojích, přesvědčení, organizaci, atd.

Míra struktury a způsob vedení rozhovoru může ovlivnit informace, které od klienta psycholog získá, může být tedy užitečné jednotlivé styly kombinovat. Zejména v počátku rozhovoru je žádoucí začít direktivněji a postupovat podle určité struktury. V průběhu rozhovoru však může být přínosné přenechat více prostoru klientovi, jehož asociace mohou psychologovi přinést důležité informace a umožní mu lépe poznat osobnost klienta (Groth-Marnat, 2003).

2.3.6 Formy otázek

Struktura rozhovoru závisí také na výběru otázek, které psycholog zvolí. Za základní způsob dělení otázek můžeme považovat otázky **uzavřené** a **otevřené**. V případě otevřených otázek má klient možnost odpovědět podle libosti, u uzavřených otázek odpovídá podle již daných možností, které mu psycholog nabízí způsobem položení otázky (Ferjenčík, 2000).

Uzavřená otázka: Cítíte se dnes dobře?

Otevřená otázka: Jak se dnes cítíte?

Uzavřené otázky vyžadují většinou stručnější odpovědi (ANO-NE), umožňují získat více informací z různých oblastí za kratší dobu. Otevřené otázky na druhé straně vybízejí k obsáhlejší odpovědi a umožní psychologovi náhled na to, zda a jakým způsobem klient otázku pochopil (Ferjenčík, 2000).

Méně strukturované rozhovory budou tedy spíše využívat otevřenějších otázek, u strukturovaných rozhovorů zase bude větší četnost uzavřených otázek. Při diagnostickém

rozhovoru je však žádoucí, abychom od klienta získávali obsáhlejší odpovědi a získávali zejména faktické informace. Otázky, na které má klient možnost odpovědět pouze ANO-NE, nemají příliš velkou vypovídající hodnotu, je tedy lepší se takovým otázkám vyhýbat (Svoboda, 1999).

Dále můžeme rozlišit otázky **přímé**, **nepřímé** a **projektivní**. Na stejnou věc se můžeme zeptat jiným způsobem, a můžeme tak získat různé informace. Přímou otázkou se ptáme konkrétně, nepřímo se ptáme opisem a pomocí projektivních otázek vyžíváme identifikace klienta s ostatními; ptáme se, jakým způsobem by asi zareagovali ostatní. (Svoboda, 1999).

Přímá otázka: Považujete se za klidného člověka?

Nepřímá otázka: Stává se Vám často, že se zbytečně rozčillíte?

Projektivní otázka: Myslíte si, že je pro většinu lidí obtížné kontrolovat své emoce?

Projektivní otázky, stejně jako projektivní testy, jsou velmi užitečné v tom, že klient vlastně nevědomky poskytuje informace o sobě. Jsou založeny na identifikaci jedince s ostatními, tedy jedinec do ostatních projikuje své vlastní postoje, názory a hodnoty. Zjednodušeně řečeno člověk, který si myslí, že je pro většinu lidí obtížné kontrolovat své emoce, přemýšlí stejným způsobem, protože je s největší pravděpodobností i pro něj obtížné udržet své emoce na uzdě (Svoboda, 1999).

Významným tvůrcem rozhovoru je také způsob a pořadí, v jakém psycholog otázky klade. Může začít od obecných otázek ke konkrétním, nebo naopak od konkrétních informací k obecným. Může začít obecnými a emocionálně neutrálními otázkami a postupovat ke konkrétnějším a intimnějším tématům; takovýto postup se nazývá „*trychtýřovité kladení otázek*“. Další možností je tzv. „*hřebenovité kladení otázek*“ (Ferjenčík, 2000, s. 181), kdy se psycholog věnuje vícero tématům, plynule přechází od jednoho k druhému a postupně se dostává ke konkrétnějším a detailnějším informacím. Využívá se také techniky maskování, kdy diagnosticky důležité otázky, které mohou být potencionálně nepříjemné, jsou promíchány s emocionálně neutrálními otázkami, jejichž odpověď klientovi nepůsobí obtíže (Ferjenčík, 2000; Svoboda, 1999).

2.3.7 Význam osobnosti psychologa

„Den před tím. než jsem nastoupil k milici, jsem uviděl jednoho italského milicionáře, jak stojí před důstojnickým stolem. Byl to mladík asi pětadvacetiletý, s tvrdým výrazem, světle rezavými vlasy a širokými rameny. Zašpičatělou koženou čapku měl staženou přes oko. Byl ke mne obrácen profilem, bradu opřenou o prsa, vyjeveně se mračil na mapu, kterou jeden z důstojníků na stole rozložil. Něco v jeho tváři mne upoutalo. Byla to tvář člověka, který by pro přítele dokázal zabít i nechal se zabít — tvář, jakou byste očekávali u anarchisty, ačkoliv zrovna tak mohl být i komunista. Byla v ní jak upřímnost, tak divokost; a také až dojemná úcta, jakou chovají nevzdělaní lidé ke svým nadřízeným. Nepochybně z té mapy nebyl nijak moudrý; nepochybně považoval čtení z mapy za omračující intelektuální výkon. Těžko bych mohl vysvětlit proč, ale málokdy jsem se setkal s někým, ke komu bych cílil tak okamžitou sympatii. Během hovoru, který se vedl kolem stolu, z nějaké poznámky vyplynulo, že jsem cizinec. Ital zvedl hlavu a rychle řekl: „Italiano?“ Odpověděl jsem svojí špatnou Španělštinou: „No, Inglés. Y tu?“ „Italiano.“ Když jsme odcházeli, přešel přes místnost a silně mi stiskl ruku. Je až s podivem, jaký cit můžeme chovat k cizímu člověku! Bylo to, jako by jeho a moje myšlení na okamžik překlenuly bariéru jazyka a tradice a setkaly se v úplném soukromí. Doufal jsem, že jsem mu byl zrovna tak sympatický, jako on mně. Věděl jsem však také, že abych si mohl uchoval svůj první dojem o něm, nikdy se s ním již nesmím setkat; a netřeba dodávat, že jsem se s ním také již nikdy nesetkal“ (Orwell, 1991, s. 3).

Tento úryvek ze začátku knihy George Orwella *„Hold Katalánsku“* dobře ilustruje, jak velkou roli může hrát samotná neverbální komunikace a osobnost člověka. Slova jsou často zastíněna osobností, bez ohledu na kulturu či etnický původ a může se tak stát jak v běžném životě, tak i v diagnostice.

Dle Groth-Marnat (2003) umění rozhovoru nespočívá tolik v tom, co je řečeno, nýbrž v tom, jak příznivou atmosféru je schopen psycholog navodit. V otázce strukturovanosti rozhovoru jsou mezi psychology rozdílné názory, avšak obecně panuje shoda v tom, že pro úspěšné provedení rozhovoru je nutné zaměřit se na vytvoření příznivého vztahu mezi psychologem a klientem. Psycholog by měl být ve vztahu ke klientovi upřímný, chápavý, pozitivně hodnotící, vřelý a měl by projevoval opravdový zájem o klienta a jeho problém. V případě, že psycholog nedisponuje těmito základními kvalitami, je velmi málo pravděpodobné, že bude schopen dobře provést diagnostický rozhovor, bez ohledu na jeho strukturovanost nebo původ klienta.

Zároveň z výzkumů vyplývá, že to, co klienti nejvíce oceňují, je schopnost psychologa zachytit emoce, které klient prožívá a snaží se je vyjádřit. Verbální komunikace je v tomto značně nedokonalá a prožívané emoce a pocity jsou často čitelnější z neverbálních signálů klienta. Neverbální složka komunikace tak může být daleko bohatším zdrojem informací než slova, kterými se klient snaží vyjádřit své pocity (Groth-Marnat, 2003).

S tím souhlasí také Říčan (1977), který píše že během rozhovoru je důležité být pozorný k neverbální složce komunikace klienta, která často může prozradit více, než samotný obsah rozhovoru. Psycholog by však neměl pouze sledovat klientovu neverbální komunikaci, ale měl by být pozorný i k vlastním neverbálním sdělením, kterým reaguje na klienta. Důležité je zejména udržování očního kontaktu a správného držení těla, jako výraz zájmu a pozornosti. Měl by také vhodně reagovat na to, co klient říká ať už přitakáním, nebo výrazem obličeje a přizpůsobit tón hlasu tak, aby byl jeho projev pro klienta čitelný (Groth-Marnat, 2003).

3 Interkulturní psychodiagnostika

Otázce kultury v klinické psychologii, a zejména během klinického rozhovoru, nebylo zatím věnováno příliš pozornosti. V české literatuře na toto téma dosud nebylo publikováno mnoho a většina dostupné literatury týkající se této problematiky pochází z USA, kde je otázka různých etnik a kulturních rozdílů zakořeněna více, než je tomu u nás. Proto budu v následující části vycházet zejména z amerických autorů, kteří se tedy problémem zabývají v kontextu americké kultury.

Ve Spojených státech začalo toto téma být aktuální až během několika posledních desetiletí. Dle databáze PsycINFO více než 90% všech článků, které se zabývají klinickým rozhovorem a kulturou a 66% veškeré literatury o problematice kultury v diagnostice obecně, bylo publikováno od roku 1990 (Alcántara & Gone, 2014).

Paradoxně však již začátkem roku 1904 otec moderní psychiatrie Emil Kraepelin, publikoval jednu z prvních prací zabývajících se *transkulturní psychiatrií*², ve které ověřoval

2., *Transkulturní psychiatrie zkoumá výskyt, incidenci a rozložení duševních nemocí v různých částech světa, jejich klinický obraz ve vztahu k sociálně kulturním faktorům, formy léčení v různých prostředích a postoje společnosti k duševně nemocným jedincům, postavením ženy ve společnosti, otázkami předpojatosti k různě barvě pleti, vztahem kultury a osobnostních rysů, konflikty vznikajícími v důsledku rychle se měnících společenských poměrů, otázkami národnostních menšin, zvláštnostmi spojenými s otázkami víry a mnohými dalšími tématy*“ (Pavlovský, 2001, s. 508).

platnost klasifikace duševních onemocnění na základě svých cest po světě. Z jeho publikace vyplývá, že klasifikace, kterou navrhl koncem 19. století, není univerzální a že například u obyvatel jihovýchodní Asie nebo u amerických indiánů nelze tuto klasifikaci aplikovat. Již začátkem 20. století upozornil na význam kultury pacienta, které musí psychiatr věnovat pozornost při určování diagnózy (Marsella & Yamada, 2010; Pavlovský, 2001).

Dle Morgensternové (2007) začal vzrůstat zájem o kulturní aspekty v psychologii zhruba od 60. let 20. století. Ve spolupráci s kulturní antropologií a sociální psychologií vzniká v 70. letech mezikulturní a interkulturní psychologie. Mezikulturní psychologie zkoumá kulturní podmíněnost psychických procesů a interkulturní psychologie je její aplikovaným odvětvím. Výzkumy v této oblasti se zatím zabývaly spíše tématy interkulturní komunikace a jednání, méně však klinickou praxí.

3.1 Kultura

Definicí kultury a významů tohoto slova existuje celá řada. V závislosti na jeho použití může vyjádřit spoustu věcí ať už populárního nebo odborného rázu. Již v roce 1952 Kluckholm & Kroeber (podle Marsella & Yamada, 2010) publikovali zhruba 100 různých definicí kultury. V běžném životě často slovem kultura vyjadřujeme věci jako umění, divadlo, kino, atd. Když o někom řekneme, že je „kulturní člověk“, myslíme tím například, že je vzdělaný, má rozhled a má dobré způsoby chování. Zachycujeme tak, určitou kvalitu jeho osobnosti (Marsella & Yamada, 2010).

Nicméně v našem případě má kultura specifitější a odbornější význam. Z psychologického hlediska ji Marsella & Yamada (2010, s. 105) definují³ jako společné naučené chování a hodnoty, které se předávají mezi generacemi a slouží k adaptaci a přizpůsobení se prostředí. Kultura je reprezentována navenek lidskými výtvoři (oblečení, jídlo), sociálními rolami jejích členů a institucemi jako je rodina, vláda, atd. Vnitřně (na kognitivní a emoční úrovni) je charakterizována hodnotami, postoji, přesvědčeními, vědomými vzorci chování a vnímanou identitou sebe sama. Kultura je zakódována na

3, „Culture is shared learned behavior and meanings that are socially transmitted for purposes of adjustment and adaptation. Culture is represented externally in artifacts (e.g., food, clothing, music), roles (e.g., the social formation), and institutions (e.g., family, government). It is represented internally (i.e., cognitively, emotionally) by values, attitudes, beliefs, epistemologies, cosmologies, consciousness patterns, and notions of personhood. Culture is coded in verbally, imaginatively, proprioceptively, viscerally, and emotionally resulting in different experiential structures and processes.“

verbální, obrazové, vnitřní a emoční úrovni a jejím výsledkem jsou různorodé zkušenostní struktury a procesy.

Čeští autoři Hartl & Hartlová (2000, s. 282) definují kulturu stručněji jako „*systém informací, které zakládají způsoby, jimiž lidé v určité skupině komunikují se svým sociálním okolím a materiálním prostředím; zahrnuje soubory principů, pravidel, mravů a způsobů interakce uvnitř skupiny; kultura je předávána výhradně negeneticky, tedy učením.*“

Důležité je uvědomit si zejména fakt, že kultura není vrozená, ale je součástí společnosti, ve které vyrůstáme a která nám ji předává. Toto je důležité si uvědomit, neboť to poukazuje na fakt, že i cizí kultury a jejím zvyklostem je možné se naučit, poznat ji a orientovat tak naše chování a způsob komunikace.

3.2 Aktuálnost interkulturní diagnostiky

Počet klientů pocházejících z etnických menšin a kulturně odlišných skupin se v USA neustále zvyšuje. Odhaduje se, že během 21. století jejich počet vzroste do takové míry, že budou tvořit až polovinu všech klientů. Přičemž v USA jsou nejpočetněji zastoupeni Hispánci a Afroameričané (Malgady & Zayas, 2001).

Podle Sue (1998) mohou kulturní rozdíly výrazně ovlivnit validitu celého diagnostického procesu a zároveň znemožnit navázání příhodného vztahu mezi psychologem a klientem.

Důležitost a nezbytnost studia tohoto tématu podtrhují výzkumy, ze kterých vyplývá, že přistěhovalci, etnické minority a kulturní menšiny žijící v USA, mají mnohem vyšší míru předčasného ukončení léčby než Američané. Přičemž nejčastěji se jedná o ukončení po prvním setkání s psychologem, kdy probíhá navázání kontaktu a úvodní vyšetření, kde je nejčastější metodou právě diagnostický rozhovor (Armistead et al., 2004; Gallagher-Thompson, Solano, Coon, & Arean, 2003; Murry et al., 2004; Sue, 1977, 1998 podle Alcántara & Gone, 2014).

Dle výzkumů jsou v USA jedinci příslušící k jiným etnikům a kulturám s daleko větší pravděpodobností chybně diagnostikováni než běloši. Například Afroameričané a Hispánci jsou v porovnání s bělošskými klienty nepřiměřeně často diagnostikováni se schizofrenií, a v nedostatečné míře s afektivními poruchami (Adebimpe, 1981; Al-Issa, 1995; Garb, 1997; Lawson et al., 1994; Mukherjee, Shukla & Woodline, 1983; Rosenthal & Berven, 1999; Strakowski et al., 1997; Whaley, 1997 podle Aklin & Turner, 2006). Jedna z hypotéz,

vysvětlující chybné diagnózy u etnicky odlišných klientů je ta, že američtí psychologové mechanicky aplikují kritéria postupu DSM, a neberou v úvahu možné rozdíly ve významu a projevu symptomů u odlišných kultur a etnik, kterých zatím v tomto manuálu nebylo věnováno příliš pozornosti (Aklin & Turner, 2006).

Důvodem by však mohlo být také nedostatečné porozumění psychologa klientovi. Z výzkumů totiž také vyplývá, že nejčastějšími příčinami nedorozumění mezi klientem a psychologem z odlišných kultur jsou jazyk, styl komunikace, rozdíly v neverbální komunikaci, jako je například oční kontakt, vzdálenost nebo fyzický kontakt, chápání jednotlivých rolí psychologa a klienta; a také odlišný pohled na to, co je zdravé (Roberts, 2010; Mezzich et al, 2009 podle Alcántara & Gone, 2014).

3.2.1 Přínos Americké psychologické asociace

V roce 2003 APA vydala publikaci – *The Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists* – ve které se vyjádřila k otázce kulturních vlivů v klinické praxi, výzkumu a vzdělání. Jedná se o druhé vydání, jehož první verze APA publikovala v roce 1993, kdy se vůbec poprvé vyjádřila k otázkám kultury v psychologické péči. Nicméně ani druhé vydání tohoto manuálu neobsahuje mnoho praktických informací, víceméně se snaží povzbudit psychology k tomu, aby byli interkulturně senzitivní v práci s klienty a nabádá je k výzkumu v této oblasti. Ovšem není zde žádný návod ani instrukce jakým způsobem interkulturní senzitivitu využívat a používat a jak pracovat s klienty z odlišných kultur (APA, 2003; Sue, 1998).

V článku 5, který se věnuje klinické praxi, (APA, 2003, s. 44-45) se doslova píše „*Psychologists are encouraged to develop cultural sensitivity and understanding to be the most effective practitioners for all clients.*“ a dále potom: „*It is helpful for psychologists to realize that there will likely be situations where culture-centered adaptations in interventions and practices will be more effective.*“

Psychologové jsou tedy motivováni k tomu, aby jednali co možná kulturně nejcitlivěji, a byli tak efektivními a dobrými psychology pro všechny bez rozdílu. Nicméně APA již nenabízí žádné doporučení ani radu k tomu, jakým způsobem toho docílit. V podstatě doporučuje, aby byli psychologové připraveni na to, že se ve své praxi mohou setkat s kulturní odlišností a že by se na to měli umět adaptovat.

Obecně se psychologové shodují na tom, že kulturní kontext podstatně ovlivňuje a tvaruje psychické procesy, a tím také ovlivňuje a komplikuje celý diagnostický proces. Výzkumů, které by se zabývaly kulturními odlišnostmi, kulturní senzitivitou a její efektivností, je však v diagnostice stále málo. Tím pádem doporučení, která se objevují v manuálu, jsou založena spíše na teoretických předpokladech a neopírají se o žádné spolehlivé výzkumy (Sue, 1998).

3.3 Problém navázání vztahu psychologa s klientem

Carl Rogers zklamaný chladným psychoanalytickým a behavioristickým přístupem ke klientům, zaměřil pozornost na vztah mezi klientem a psychologem a dopodrobna se jím zabýval. Nakonec na tomto „specifickém vztahu“ postavil celý svůj terapeutický koncept. V diagnostice je vztah mezi psychologem a klientem postaven na jiné úrovni, neboť psycholog se s klientem zpravidla nesetkává dlouhodobě a jeho úkolem není navázat terapeutický vztah, ale správně určit diagnózu. Nicméně cílem psychologa by určitě mělo být navázání takového vztahu, ve kterém by se klient s psychologem cítil dobře, uvolněně a uměl se otevřít (Sommers-Flanagan, 1999).

Klient k psychologovi přichází, protože od něj potřebuje pomoci. Avšak obecně, a zejména potom v České republice, je návštěva psychologa stále něčím dosti citlivým. Proto při prvním setkání může klient přicházet s celou řadou obav a nejistot. Důležité tedy je zajistit, aby tyto obavy byly vyvráceny a nebránily tak klientovi k vytvoření důvěry v psychologa. Zde jsou některé z častých obav, které klienti mívají před první návštěvou psychologa (Othmer & Othmer, 1994; Pipes & Davenport, 1990; Wolberg, 1995 podle Sommers-Flanagan, 1999):

„Je tento člověk dostatečně kompetentní a může mi pomoci?“

„Bude rozumět mě a mým problémům?“

„Nebude si myslet, že jsem špatný člověk?“

„Můžu mu věřit, že ke mně bude upřímný?“

„Bude akceptovat, nebo odmítat mé hodnoty a (náboženské) přesvědčení?“

„Budu nucen říkat věci, o kterých nechci mluvit?“

„Jsem blázen?“

Již za normálních okolností je tedy návštěva psychologa, a zejména úvodní rozhovor s ním, značně stresující. Můžeme tedy předpokládat, že obavy a nedůvěra vůči psychologovi mohou být ještě výraznější, jedná-li se o klienta z odlišné kultury. Zároveň se k nim mohou přidat i další jako například strach z odmítnutí v důsledku nepochopení kulturních odlišností.

3.3 Kulturní kompetence v klinické praxi

Kulturní senzitivita a kulturní kompetence⁴ se zejména v USA považují za čím dál tím důležitější i v klinické praxi. Vymezit, co přesně vyjadřuje kulturní kompetence však není jednoduché. Kulturně schopní jedinci by měli být schopni nejen rozeznat odlišné kulturní skupiny, ale zároveň s nimi umět i efektivně pracovat. Definice by tedy mohla být, že kulturně kompetentní psycholog je ten, který má takové znalosti o odlišné kultuře, které mu umožní zprostředkovat efektivní péči klientům z této kultury. Problém však spočívá v tom, že není jednoduché specifikovat, co přesně jsou ty „znalosti“ (Sue, 1998).

Kulturní senzitivita nebo kulturní kompetence, mohou být přeloženy například respektováním kulturních odlišností nebo přizpůsobením řeči klientovi. Tedy snahou o komunikaci v jazyce, který je pro klienta nejpříjemnější, pokud je to v kompetencích psychologa. Nejde však jen o jazyk, ale i o neverbální komunikaci, která, jak jsem již zmiňoval, hraje velmi podstatnou roli v interakci s druhými. Psycholog by měl navázat takovou atmosféru a způsob interakce, která je v souladu s kulturními hodnotami, přesvědčením a zvyky klienta (Sue, 1998).

Sue (1998) uvádí tři hlavní dovednosti, které charakterizují kulturně kompetentního psychologa:

- Měl by být vědecky uvažující. To znamená, že by měl aktivně naslouchat a na základě získaných informací si vytvářet a ověřovat hypotézy. Nikoli tedy vyvozovat závěry na základě dojmů. Neměl by slepě aplikovat teorie vytvořené v dané kultuře na klienta pocházejícího z jiné kultury. Stejně jako v běžné populaci i u psychologů se objevuje přesvědčení, že všichni lidé uvažují stejně nezávisle na kultuře. Kulturně kompetentní psycholog by měl uvažovat vědecky, nikoli na základě takovýchto mýtů.
- Měl by být schopen aktivně a dynamicky pracovat s klientem jako s jedinečnou osobou. Neměl by se nenechat ovlivnit stereotypy, které o dané kultuře panují

4 „Cultural competence“ (Alcántara & Gone, 2014; APA, 2003; Bennett, 2004; Sue, 1998).

(„černoši jsou líní“; „Francouzi jsou nepřátelští“), zároveň by však neměl opomenout a ignorovat význam kultury, ze které klient pochází a její specifika.

- Měl by mít znalosti o konkrétní kultuře. V ideálním případě by měl mít zkušenosti s životem v dané kultuře, zvyky, postoji, atd.

Tyto tři dovedností jsou na sobě nezávislé, každá může být rozvinuta jinak a jejich kombinace je celkovým obrazem kulturních kompetencí psychologa. Sue (1998, s. 447) dává příklad, jakým způsobem může zhodnotit vědecky přemýšlející psycholog klienta, který pochází z odlišné kultury:

„I am unfamiliar with Culture X. Therefore, in working with the client, I first have to address a number of basic questions. For example, how proficient is the client with English? How acculturated is the client, and how familiar is the client with psychotherapy? Will there be communication difficulties? How will I assess the client? What does the client think of me and of treatment? I next have to form hypotheses, test the hypotheses, and then modify my behaviors in accordance with the findings.“

Psycholog si tedy vytváří konkrétní seznam hypotéz, které si bude muset ověřit, aby si mohl být jistý, jakým způsobem ke klientovi přistupovat a jak s ním pracovat. Sue (1998) upozorňuje na to, že pouhá znalost dané kultury vůbec není rozhodujícím ukazatelem toho, nakolik je psycholog kulturně kompetentní a zdůrazňuje význam vědeckého uvažování a uvědomění si vlivu kultury a stereotypů v práci psychologa.

Tento model kulturních kompetencí založený na všímavosti, znalostech a dovednostech byl převzat a aplikován v obecné medicínské praxi a byl publikován v článku *Principles and Recommended Standards for Cultural Competence Education of Health Care Provider* (Grieger, 2008).

3.4 Kulturně podmíněné diagnózy

Jedním z problémů diagnostiky mimoevropských klientů, jsou kulturně podmíněné symptomy a choroby⁵. Jejich prevalencí a výzkumem se zabývá transkulturní psychiatrie a poukazuje zejména na dvě věci:

- Přestože některé symptomy mohou být nezávislé na kultuře, interpretace jejich příčiny a původu onemocnění naopak kulturně podmíněné býti mohou. Například úzkostné

⁵„Culture-bound syndromes consist of groups of psychic symptoms and dysfunctional behaviors with different expressions in specific cultures that may be variations of mental disorders previously described in other countries, as well as constitute distinct and culture-specific syndromes“ (Razzouk et al., 2011, s.14).

symptomy se mohou projevovat stejně, ale vnímání jejich původu může být vnímáno odlišně. Například jako posednutí d'áblem u mimoevropského klienta a jako důsledek dlouhodobého stresu u evropského klienta.

- Stejně tak ale některé obtíže jako je strach, úzkost, smutek, trauma mohou mít stejnou příčinu, avšak jejich projev a manifestace symptomů může být kulturně podmíněn. Tedy například sexuální zneužití může způsobit stejné trauma, avšak to, jakým způsobem jedinec toto trauma zpracuje a jakým způsobem se projeví, může být závislé na kultuře, ve které žije (Sommers-Flanagan, 1999). APA (2013) uvádí příklad symptomů paniky, kdy se u jedince z jedné kultury může projevovat bolestí hlavy a nekontrolovatelným naříkáním, zatímco u jedince z jiné kultury se může panika projevovat například zrychlený dechem.

Hall & Whaley (2009), kteří se zabývali výzkumem projevu psychotických onemocnění u Afroameričanů zdůrazňují, že psychologové musejí být citliví ke kulturním odlišnostem u projevu halucinací a bludů, aby byli schopni správného popisu symptomů a následné diagnózy. Obsah halucinací a bludů totiž vychází z kulturního prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá.

U diagnostiky mimoevropských klientů vyvstává také další problém a tím jsou kulturně podmíněné duševní onemocnění. Klasifikace MKN, stejně jako DSM, jsou postaveny na základě západní kultury. Dříve se často objevoval názor, že mimoevropské poruchy jsou v podstatě stejné jako ty evropské, jsou pouze zasazeny do kontextu jiné kultury. Tento názor je však naivní, neboť by předpokládal, že pouze evropské diagnózy jsou těmi „skutečnými a správnými diagnózami“ a všechny ostatní jsou ty samé, pouze však pozměněné v kontextu jiné kultury (Marsella & Yamada, 2010).

V klasifikaci DMS ale nakonec i této problematice byla věnována pozornost. Marsella & Yamada (2010) uvádí seznam⁶ některých kulturně podmíněných chorob publikovaných v DSM-IV TR, které se objevují pouze u specifických kultur a etnik. V této revizi DSM-IV byl poprvé věnován prostor problematice kultury a kulturně podmíněných chorob. Avšak jednalo se o velmi povrchní úvod do problematiky, kdy byl pouze publikován seznam specifických chorob a doporučení, aby otázce kultury psychologové věnovali pozornost

Kulturně podmíněné jsou však v podstatě veškeré choroby, rozdíl je jen v tom, že pro ty západní existují klasifikační systémy, podle kterých se diagnostikují. Bylo by však naivní

6 Viz příloha B.

domnívat se, že diagnózy DSM a MKN systémů jsou univerzální a že je možné aplikovat je bez ohledu na kulturní kontext. Psycholog by naopak měl vždy věnovat pozornost kulturnímu pozadí problému klienta. Nakolik jsou například kulturně podmíněné diagnózy anorexie či patologické hráčství, které jsou tak časté v západní kultuře (Alarcón, 2009)?

3.5 Interkulturní diagnostický rozhovor

V interkulturní diagnostice má rozhovor ještě významnější místo než v diagnostice monokulturní. Důvodem je zejména to, že použití testových metod je často problematické, neboť například v českém prostředí jsou testy normalizovány pouze na českou populaci, a nedají se tedy aplikovat na klienty z jiného etnika, rasy či kultury. V případě diagnostiky cizinců je tedy rozhovor hlavním nástrojem, který má psycholog k dispozici (Gregušová, ústní sdělení 1.4.2014; Ottová, ústní sdělení, 31.3.2014).

Paniagua (2013, s. 66) uvádí devět bodů, kterým by měl psycholog věnovat pozornost před začátkem vyšetření kulturně odlišného klienta:

- Zhodnocení vlastních potencionálních předsudků a stereotypů vůči klientovi.
- Zhodnocení míry akulturace klienta a její možný vliv na diagnostický proces.
- Rasismus, kulturní identita klienta a jejich možný vliv na diagnostický proces.
- Výběr kulturně vhodných psychologických testů⁷ k posouzení intelektových schopností a psychopatologie klienta.
- Formulace kulturně vhodných a citlivých otázek.
- Zhodnocení „Status Praesens Psychicus/Somaticus“⁸ v kontextu kultury klienta.
- Výběr co možná nejvhodnějšího a nejméně zaujatého diagnostického postupu.
- Rozlišení kulturně podmíněných syndromů a kulturních odlišností v projevu symptomů.
- Zhodnocení a shrnutí všech možných kulturních proměnných, které mohou hrát roli při formulování diagnózy.

7 V USA existují interkulturně senzitivní psychologické testy. Viz příloha C.

8 „The Mental Status Examination“ (Paniagua, 2013, s. 66).

3.5.1 Struktura rozhovoru

Při interkulturním diagnostickém rozhovoru se ukázaly důležitými činiteli zejména dvě proměnné – **strukturovanost rozhovoru** a **kulturní kompetence**. Z výzkumů vyplývá, že při práci s cizinci se osvědčuje zejména využití částečně strukturovaného rozhovoru. Struktura rozhovoru dává psychologovi určitý návod, jak může rozhovor vést a zajistit tak, že neopomene žádné podstatné informace. Rigidně strukturovaný rozhovor však nedovolí psychologovi flexibilitu, kterou při práci s cizinci nutně potřebuje. Částečně strukturovaný rozhovor tedy zaručuje určitou systematickosti, ale zároveň umožňuje přizpůsobit rozhovor tak, aby byl vhodný pro konkrétního klienta (Aklin & Turner, 2006).

Kulturní senzitivita se také projevuje otázkami, které psycholog pokládá. Kromě jiného by měl směřovat otázky na kulturní identitu klienta. Arnault & Shimbukuro (2011 podle Warren, 2013, s.44) uvádějí dva příklady kulturně senzitivních otázek, které by psycholog neměl opomenout, protože z nich získá konkrétní fakta ze života klienta:

- „Popište svůj typický den/týden.“
- „Jaká je podle Vás příčina toho, jak se teď cítíte nebo jak přemýšlíte?“

Obsáhleji se ke struktuře interkulturního diagnostického rozhovoru vyjadřuje Alarcón (2009, s. 135). Uvádí pět okruhů, kterých by se měl dotknout správně strukturovaný a kulturně citlivý diagnostický rozhovor:

- **Kulturní proměnné** (*Cultural variables*) – specifika jazyka a jazykových dovedností klienta, náboženství a jeho pravidla, sexuální identita a orientace, tradice a přesvědčení, která souvisejí s kulturní individuální a skupinovou identitou, migrační historie a míra akulturace klienta v současném prostředí.
- **Rodinné zázemí** (*Family data*) – informace o rodině klienta, její historii, struktuře a fungování se nazývají také „mikro-kulturní“ nebo „mikro-environmentální“⁹ data ze života klienta. Obsahují například způsoby výchovy, role a hierarchie v rodině, hodnoty, které vyznává, návyky, prožívání a slavení rodinných událostí jako narozeniny, svatba, úspěchy, atd. Komunikace rodiny jako celku s okolním světem a také vztah a přístup ke zdravotnickým službám obecně.
- **Patogenní a patoplastické faktory** (*Pathogenic and pathoplastic factors*) – cílem je identifikace patogenních faktorů prostředí a jejich vliv na klienta. Může to být vliv společnosti, ve které vyrůstal a žije v současnosti, pravidla a hodnoty veřejného

⁹“Micro-cultural or micro-environmental segments“ (Alcarón, 2009, s. 135).

života, role církve, společenských pravidel, rituálů, školních pravidel, atd. Patoplastické faktory odkazují na jedinečnost vyjádření symptomů. Psycholog by si měl uvědomovat, že způsob, jakými klient popisuje symptomy a slova která používá, se odvíjí od konkrétní situace, ve které se klient nachází. Jinak bude popisovat své pocity a problémy klient, který celý život prožil v ruchu velkoměsta, a jinak je bude popisovat klient, která celý život strávil na venkově. Rozlišení mezi projevem symptomu, jeho verbálním popisem klientem, kontextem a prostředím, ve kterém se klient nachází, jsou klíčovými pro správné pochopení klientova problému.

- **Objasňující hypotézy** (*Explanatory models*) – cílem je přijít na to, jaký je původ klientových problémů, jak jeho onemocnění postupovalo a vyvíjelo se a objasnit, proč se právě u něj objevily tyto obtíže. Na základě těchto informací by měl psycholog zvážit, co je možné udělat pro to, aby klient své obtíže překonal. V žádném z těchto kroků by neměly být podceněny možné kulturní vlivy.
- **Klientovy silné a slabé stránky** (*Patient's strengths and weaknesses*) – Klientova sebereflexe svých vlastních silných a slabých stránek bezpochyby vypovídá mnoho o jeho kulturních kořenech. Odráží to jeho způsob uvažování o sobě a pojetí vlastního hodnocení, které je z velké části podmíněno kulturně. Zároveň může mnohé prozradit o coping strategiích, touze po změně, popřípadě zlepšení a možném dalším vývoji jeho osobnosti.

Otázka kultury v diagnostice se však netýká pouze klientů pocházejících z etnických menšin či mimoevropských klientů. Zhodnocení kulturního pozadí problému je důležité u všech klientů, ať je jejich občanský status jakýkoli. Pochopení vlivu kultury na klienta a jeho způsob života umožní přesnější posouzení klientova duševního zdraví, životní pohody a nemoci. (Alarcón, 2009; Warren, 2013).

Cílem kulturně senzitivního diagnostického rozhovoru je tedy zjistit, jakou roli hraje kultura v projevu a vnímání klientových symptomů. V případě, že si psycholog neví rady nebo nerozumí klientovým problémům, je možné, že je to způsobeno právě kulturními odlišnostmi. V takovém případě je třeba získat informace od zkušenějších kolegů, popřípadě od rodiny či známých klienta, kteří by mohli být nápomocní. K tomu je však důležité, aby byl psycholog kulturně senzitivní a dokázal si uvědomit a vyhodnotit, jakou úlohu hraje kulturní zázemí klienta ve vztahu k jeho problému (Alarcón, 2009).

3.5.2 Jazyková bariéra

Jeden z nejčastějších problémů, se kterým se psychologové setkávají při práci s cizinci, je jazyková bariéra (Aponte, Rivers, & Wohl, 1995; Comas-Diaz & Griffith, 1988; Jenkins, 1985; LeVine & Padilla, 1980; Pope-Davis & Coleman, 1997; D. Sue, Ivey, & Pedersen, 1996; Trimble & LaFromboise, 1985 podle Sue, 1998). Podle Aklin & Turner (2006) je součástí kulturních schopností psychologa, které mohou napomoci snížit pravděpodobnost chybného popisu diagnózy a misinterpretace symptomů osvojení si mateřského jazyka klienta. Je to totiž právě jazyková inkongruence mezi klientem a psychologem, která nejčastěji vede k nedorozumění, nesprávnému pochopení toho, co se klient snaží sdělit a následkem může být špatně stanovená diagnóza.

V USA se v praxi využívají tlumočníci, kteří tak usnadňují komunikaci mezi klientem a psychologem. Nicméně jejich využití spolu nese jiné komplikace, které mohou velmi negativně ovlivnit celý proces. Na jedné straně může tlumočnický podstatně usnadnit verbální komunikaci, avšak na straně druhé jeho přítomnost může působit rušivě a může bránit rozvoji důvěry a porozumění mezi psychologem a klientem (Alcántara & Gone, 2014).

Zároveň je problematické to, že tlumočnický překlad i svou osobností a může tak dojít k tomu, že tam, kde není možný doslovný překlad, parafrázuje sdělení klienta či psychologa a nechtěně pozmění jeho smysl a význam. Takovéto drobnosti pak mohou podstatně ovlivnit celý proces a mohou vést k nedokonalé výměně informací mezi psychologem a klientem (Roberts, 2010 podle Alcántara & Gone, 2014).

Znalost jazyka a kultury umožní psychologovi lépe porozumět výrazu symptomů klienta, neboť jejich výraz je tvarován právě jazykem, kulturou a sociálním kontextem. Klienti mohou ve svém projevu a popisu symptomů používat jemné nuance, které jsou dané jejich jazykem a kulturou. Psycholog neznalý kulturního pozadí jazyka klienta tak může nesprávně porozumět výrazům pocitů a myšlenek klienta a zařadit je jako patologické. Výsledkem tak může být nesprávný popis symptomů a celkového obrazu klienta, který může vést k chybnému určení diagnózy (Warren, 2013).

Jak již bylo zmíněno, v diagnostice hraje velkou roli správné porozumění emocím a pocitům klienta. Vyjadřování emocí a pocitů je však závislé na tom, co umožňuje jazyk a normy ve společnosti, tedy na kulturně podmíněných faktorech. Nutně tak existují interkulturní rozdíly ve způsobu vyjadřování emocí a často není možné nalézt vhodný ekvivalent, kterým bychom konkrétní emoci vyjádřili v jiném jazyce. Příkladem může být

portugalské slovo „saudade¹⁰“, které považuje portugalský básník Teixeira de Pascoaes považuje saudade za „svrchovaný projev portugalské duše“. Jak by si s tímto poradil český psycholog (Burian 2008; Průcha, 2010)?

Kulturně kompetentní psycholog znalý jazyka a kultury klienta může pravděpodobnost nedorozumění a následné diagnostické chyby velmi snížit. Zároveň může také snadněji získat důvěru klienta a zpřesnit a zkvalitnit celý diagnostický proces (Kirmayer, 2005; Kleinman, 1987 podle Alcántara & Gone, 2014).

3.5.3 Rasové a etnické rozdíly

Etnikum je definováno jako „*společenství lidí, kteří mají společný rasový původ, obvykle společný jazyk a sdílejí společnou kulturu*“ (Velký sociologický slovník, 1996, s. 277). Nicméně je důležité rozlišit etnickou a kulturní příslušnost. Dle Sue (1998) je etnikum spíše demografickým ukazatelem, zatímco kultura je psychologický aspekt. Tedy stejné etnikum ještě nezaručuje stejnou kulturní identitu. Psychologické aspekty jako jsou kulturní identita, přesvědčení a osobnost, mohou být daleko důležitějšími faktory než etnikum, národnost a řeč.

Podle Průchy (2010, s. 62) jsou rasy nebo-li plemena „*velké skupiny lidí s podobnými tělesnými znaky, které jsou dědičné, vytvořily se vlivem přírodního prostředí a vznikly původně v určitých geografických teritoriích: europoidní plemeno v Evropě a na Blízkém východě, negroidní plemeno v Africe, mongoloidní plemeno v Asii.*“

V USA je tradičním tématem problematika míšení obyvatelstva, a to zejména z hlediska míšení Afroameričanů, Hispánců, Asiatů a bělochů. Od pádu komunismu se i v České republice stále zvyšuje počet obyvatel jiného etnického či rasového původu, například se u nás stále častěji setkáváme s obyvateli asijského původu. Tím pádem je nutno počítat i se vzrůstajícím počtem klientů jiného etnika, rasy či národnosti.

Z některých výzkumů vyplývá, že rasová shoda mezi psychologem a klientem může hrát roli zejména v otázce vzájemné důvěry a spolupráce. Rasové rozdíly mohou také zvýšit

¹⁰O saudade, zvláštním druhu stesku či zasnění, se zmiňují nejen básníci a spisovatelé, ale snaží se ho popsat i autoři turistických příruček, kteří se obvykle věnují jen hotelům a restauracím. Nikdo zřejmě přesně neví, co to vlastně je. Neměla by to být nostalgie, melancholie, splín ani obyčejný smutek – spousta lidí vám řekne, co to není. Málokdo se ovšem odváží zkusit vyjádřit, co to je“ (Burian, 2008, str. 1).

napětí ve vztahu mezi psychologem a klientem a vyvolat nedůvěru klienta vůči stanovené diagnóze, navrhovanému léčebnému plánu a cílům léčby. To může velmi negativně ovlivnit celý proces, protože důvěra klienta v psychologa a jeho souhlas s předepsanou léčbou a jejím cílem, se jeví jako velmi důležitý předpoklad pro její úspěšný průběh (Cooper-Patrick et al., 1999; Levinson, Stiles, Inui, & Engle, 1993; Zane et al., 2005 podle Alcántara & Gone, 2014).

Nicméně jiné studie (Gray-Little & Kaplan, 2000 podle Aklin & Turner, 2006) zase ukazují, že důvěra klienta v psychologa nevychází tolik z rasové či etnické příslušnosti, jako spíše z toho, jak kompetentně a věrohodně psycholog na klienta působí. Avšak v případě, že klient nemá o psychologovi dostatek informací (o jeho odbornosti, zkušenostech, referencích), může fakt, že se jedná o psychologa jiného etnika či rasy, tyto proměnné negativně ovlivnit.

Další studie poukazují na to, že etnická příslušnost hraje roli a že například etnické menšiny preferují psychology z jejich etnika. Není však zatím jasné, do jaké míry tato proměnná skutečně ovlivňuje celý diagnostický proces v porovnání s jinými proměnnými jako je právě kultura, postoje, hodnoty nebo odbornost psychologa. Výsledky v této oblasti tedy zatím nejsou úplně jasné a je třeba dalších výzkumů, aby se skutečně prokázalo, jakou roli hraje etnická a rasová příslušnost v klinické praxi (Aklin & Turner, 2006; Kim & Atkinson, 2002 podle Aklin & Turner, 2006).

3.5.4 Srovnání přístupu DSM a MKN

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN nebo ICD) a Diagnostický a statistický manuál duševních chorob (DSM) jsou klasifikační systémy a diagnostické nástroje, které zprostředkovávají efektivní komunikaci mezi lékaři a pracovníky ve zdravotnictví. Jedná se tedy o jakýsi společný „jazyk“ (Raboch, 2001, s. 135).

Systém MKN můžeme nazvat evropským a DSM americkým. Historicky je MKN starší, první verze pochází z roku 1893, tenkrát se jmenoval „Mezinárodní seznam příčin úmrtí“ a ještě nezahrnoval duševní poruchy. Ty se objevily až v páté revizi manuálu, kde jim byla věnována krátká část a teprve v šesté revizi tvořily samostatnou kapitolu. Od té doby se klasifikace nadále rozšiřovala až do její poslední desáté revize, která byla vydána roku 1992 a je zatím používána až do současnosti. Pátá kapitola MKN-10, která je věnována duševním

poruchám, je označena písmenem „F“ a byla výrazně ovlivněna právě americkým systémem DSM (Raboch, 2001).

Americká psychiatrie šla svou vlastní cestou a vytvořila si svůj klasifikační systém DSM, nezávisle na WHO. První verze DSM vznikla roku 1952 a vycházela z původního systematického třídění Emila Kraepelina. Od jejího prvního vydání se vyvíjí společně s MKN a výrazně ji tvaruje a ovlivňuje. V nedávné době byla publikována pátá revize diagnostického manuálu DSM a v nejbližší době se také očekává vydání jedenácté verze u nás používaného manuálu MKN. Okolo jejich publikování se rozvíjí mnohé diskuse a jak DMS-V, tak i MKN-11 přináší a měly by přinést mnoho nového (Hartl & Hartlová 2000; Raboch, 2001).

Kulturní problematice v diagnostice se APA poprvé dotkla roku 1994, kdy v manuálu DSM-IV zmínila některé kulturní proměnné, které hrají roli v diagnostickém procesu duševních poruch. Další krok přišel v roce 2000, kdy v revizi čtvrtého vydání DSM-IV TR publikovala již zmiňované kulturně podmíněné diagnózy (Alarcón, 2009; Paniagua, 2013).

Nicméně její přístup a přístup Americké psychologické asociace by se dal zhodnotit slovy¹¹ „Ano, kulturní faktory jsou v diagnostice důležité, takže zaměřte svou pozornost na rasu a etnikum vašich klientů; pokud máte problém s jazykem, zavolejte si interpreta (pokud je k dispozici), respektujte dostatečně klienta, vyřešte problém a posuňte se k dalšímu případu“ (překlad autor).

Více se tímto tématem zabývá nové vydání manuálu DSM-V. APA (2013) zdůrazňuje, že v této revizi se k otázce kultury staví kulturně senzitivněji a oproti předchozímu vydání nabízí ucelenější návod a více praktických informací než jen strohý výčet kulturně podmíněných chorob. Manuál také obsahuje polostrukturovaný diagnostický rozhovor¹², který by měl psychologům pomoci objasnit kulturní pozadí klientových symptomů.

Nové vydání DSM-V tak obsahuje kapitolu zhruba o patnácti stránkách, která se zabývá kulturní problematikou v diagnostice. Americká psychiatrie tedy tímto udělala krok dopředu a zbavila tak svou klasifikaci jisté zdánlivé univerzality. Vzhledem k tomu, že klasifikace MKN částečně čerpá z DSM, očekává se i v nadcházejícím vydání jedenácté revize MKN větší zaměření pozornosti na kulturní problematiku (Razzouk et al., 2011).

¹¹ „Yes, cultural factors are important in psychiatric diagnosis, so check about race and ethnicity of your patients; if you have language difficulties, call an interpreter (if there is any available), be respectful, and move quickly to your next case“ (Alarcón, 2009, s. 134).

¹² K dispozici ke stažení na www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures#Cultural

Klasifikace MKN je tedy v tomto ohledu poněkud pozadu. Problémem je, že valná většina duševních poruch popsanych v MKN je založena na studiích provedených v Evropě, popřípadě v USA a přesto se prezentují jako univerzální. V posledních letech se však objevují studie například z Jižní Ameriky, které prokazují na existenci kulturně podmíněných chorob. Například v Latinské Americe byl v roce 1994 vyvinut diagnostický manuál¹³, který slouží psychologům k diagnostice chorob typických pro Latinskou Ameriku. Jednalo se tedy o jakousi „regionální adaptaci MKN-10“ (Razzouk et al., 2011, s. 14).

Je tedy vyvíjen tlak, aby se i v nové revizi MKN věnovala pozornost této problematice a aby přinejmenším WHO zařadila do klasifikace kulturně podmíněné choroby, jako tomu bylo v DSM-IV TR. Byl by to zatím první krok, ale určitě by napomohl k dalším výzkumům v této oblasti a k zaměření pozornosti na kulturní problematiku v diagnostické praxi (Razzouk et al., 2011).

3.6 Situace v České republice

Problematice interkulturních faktorů ve zdravotnické péči je u nás obecně věnováno málo pozornosti. Nepřekvapí tedy příliš, že od českých autorů z psychodiagnostické a obecně klinické praxe se mi na toto téma nepodařilo nalézt téměř žádné příspěvky.

Jediný významnější příspěvek jsem našel od Pavlovského (2001), který píše o transkulturní psychiatrii. Zabýval se například psychiatrickými poruchami u Vietnamců, popisuje některé již zmiňované kulturně podmíněné diagnózy a řeší problematiku lékařské péče u přistěhovalců. Avšak tématem se zabývá z pohledu psychiatrie, takže spíše poukazuje na specifika již léčebného procesu, ale méně se už věnuje průběhu psychologického vyšetření. Z toho, co se mi jeví jako nejdůležitější zmiňuje, že *„vždy nutno mít na paměti, že nápadnosti pacientova chování nemusí být příznakem duševní poruchy, ale jen transkulturně podmíněným projevem“* (Pavlovský, 2001, s. 512). Poukazuje tedy na úlohu kulturních proměnných v projevu duševní poruchy a nutnost brát v úvahu možné kulturní odlišnosti. Jedná se tedy o velmi dobrý a důležitý příspěvek.

Morgensternová, Šulová et al. (2007) se ve své knize *Interkulturní psychologie* zabývají interkulturními kompetencemi a senzitivitou. Jedná se však spíše o problematiku míšení kultur v běžném životě a jejich dopad na mezilidskou komunikaci, navazování vztahů,

¹³ Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (LAGPD)

výchovu, atd. V každém případě ale kniha obsahuje mnoho zajímavých praktických informací a objevuje se zde i kapitola zabývající se interkulturním výcvikem, kde jsou zmíněny i některé možné výcvikové cvičení a techniky interkulturních kompetencí.

Problém kultury je aktuální i v pedagogickém vzdělávání. Institut pro pedagogicko-psychologické poradenství (2007) vytvořil dokument zabývající se interkulturní problematikou ve školství. Dotýká se mnohých témat a klade důraz na zvýšení odbornosti a kulturní senzitivity pedagogů. Obávám se však, že tato práce zatím zůstala téměř bez odezvy.

Z hlediska zdravotnické péče se tímto tématem zabýval Mareš (2001, podle Průcha 2010), který publikoval článek *Příprava lékařů na jednání s menšinami* v časopise *Praktický lékař*. Zdůrazňuje zejména důležitost kulturní senzitivity¹⁴ lékařů a nutnost zaměřit se na její rozvoj a edukaci již během vzdělávání zdravotnického personálu, což je například v USA již součástí vzdělávání lékařů.

Mareš je také spoluautorem zatím jediné praktické příručky, která se zabývá specifikami interkulturní lékařské práce, konkrétně s muslimskými pacienty. Příručka byla vytvořena v rámci vojenské mise českých lékařů v zahraničí. Obsahuje praktické informace, které mají za cíl pomoci lékařům při péči o muslimské pacienty respektovat jejich kulturní zvyklosti (Průcha 2010).

Nicméně všechny zmiňované práce jsou zatím jen ojedinělými příspěvky. Vidíme tedy, že v klinické psychologii zatím u nás mnoho příspěvků na toto téma není. Prostřednictvím praktické části této práce, která následuje, se pokusím návrh takového příspěvku vytvořit.

14, „Lékař by měl mít rozvinutý cit pro jednotlivé kultury a etnika, měl by rozpoznat jejich příslušníky, vybavit si jejich specifika a pak s nimi jednat adekvátně k jejich zvyklostem. Měl by nacházet takové kompromisy mezi postupy fungujícími u majority a postupy, na něž je zvyklá minorita, aby výsledkem byla úspěšná léčba specifického pacienta“ (Mareš, 2001, In Průcha, 2010, s. 170).

III. NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

4 Popis projektu

4.1 Předmět výzkumu

Na základě teoretické části, ve které jsem se zabýval interkulturním psychodiagnostickým rozhovorem a přidruženými tématy, vytvořím projekt, který by pomohl zmapovat a zhodnotit situaci v české psychodiagnostické praxi. Z teoretické části vyplývá, že se jedná o problém, kterému je zatím nejvíce pozornosti věnováno zejména v zahraničí, konkrétně v USA. Domnívám se však, že potřeba interkulturních kompetencí u českých psychologů bude neustále narůstat a že je potřebné zaměřit více pozornosti na toto téma.

Svou studii bych rád koncipoval nejen jako jednorázový výzkum, ale jako vícefázový projekt, kterému bych se chtěl věnovat i v budoucnu. V první fázi se jedná o zmapování situace prostřednictvím dotazníku. Takto budou získána kvantitativní data, na základě kterých se vyberou vhodní respondenti pro kvalitativní část. Ta se bude sestávat z krátkých individuálních rozhovorů, pomocí kterých budou získána kvalitativní data. Tato první fáze je obsahem výzkumu navrženého v této práci.

Další fáze projektu by byla integrací získaných kvalitativních dat a jejich zkombinování s teoretickými poznatky zahraničních autorů, kteří se zabývají interkulturní diagnostikou. Na základě těchto dat by byl vytvořen prakticky zaměřený manuál pro interkulturní diagnostiku, který by mohl sloužit českým psychologům jako pomůcka při diagnostice cizinců.

V první části se tedy bude jednat zejména o „*explorativní zkoumání*“ (Hendl, 2008, s. 108), které umožní zmapovat aktuálnost problematiky interkulturní diagnostiky u nás. Na základě výsledků této první části bude pokračovat kvalitativní část výzkumu. Získaná data budou podrobena analýze a budou zpracována spolu s teoretickými informacemi. Vyústěním celého projektu by pak byl konkrétní manuál pro interkulturní diagnostiku a způsob vedení diagnostického rozhovoru.

4.2 Cíle projektu

Projekt má tedy ve své podstatě tři cíle:

- Cílem dotazníku je **zmapovat zkušenosti zdejších klinických psychologů s interkulturní diagnostikou a aktuálnost této problematiky.**
- Druhým cílem je **zanalyzovat kvalitativní data získaná pomocí polostrukturovaného rozhovoru a na jejich základě vytvořit manuál zaměřený na interkulturní diagnostiku.** Manuál by byl sestaven na základě zkušeností a doporučení jednotlivých psychologů v kombinaci s teoretickými informacemi již zmíněnými v teoretické části této práce. Výsledný manuál by pak mohl sloužit jako praktická pomůcka, kterou by psychologové měli možnost využívat při práci s cizinci.
- Třetí a poslední cíl je možná ten nejdůležitější, přestože přesahuje rámec projektu. Jedná se o **zvýšení zájmu psychologické obce o problematiku interkulturní diagnostiky u nás.** Jak už bylo zmíněno v teoretické části, tomuto tématu se v klinické praxi zatím věnovalo nemnoho prostoru. V USA je interkulturní diagnostika důležitým tématem, kterému je věnována pozornost i v DSM-V. V Evropě a zejména potom v České republice, je to však stále téma, kterému se nepřikládá taková důležitost, jakou by si zasloužilo.

5 Výzkumný soubor

Vzhledem k tomu, že obecně se nejvíce cizinců sdružuje v Praze, výzkum bude zaměřen na klinické psychology pracující v hlavní městě. Cílovou skupinou budou kliničtí psychologové ze státních i soukromých zařízení. Snahou bude získat co možná nejpestřejší vzorek z různých psychologických pracovišť.

Předpokládaný vzorek pro sběr kvantitativních dat je 100 respondentů. Následná kvalitativní část výzkumu se bude odvíjet od kvantitativní části, avšak rád bych získal aspoň 50 respondentů, kteří by byli ochotni zúčastnit se rozhovoru. Je to možná příliš vysoký odhad, avšak předpokládám, že zájem o tuto problematiku by mohl být i ze strany psychologů, takže návratnost dotazníků by mohla být vysoká, stejně jako ochota poskytnout krátké interview.

5.1 Vyhledávání respondentů

Velké množství respondentů lze nalézt elektronicky prostřednictvím webové stránky portálu klinických psychologů (www.psychportal.cz/ambulance-klinickych-psychologu). Na stránkách je publikován katalog klinických psychologů, kteří pracují v Praze. Je zde uvedena adresa pracoviště a ve většině případů také telefonický kontakt nebo e-mailová adresa.

Dalším zajímavým zdrojem je Asociace klinických psychologů ČR. Na jejích webových stránkách (<http://www.akpcr.cz/content/category/4/27/113/>) jsou kontakty na předsedy asociace pro jednotlivé kraje. Jelikož se jedná o zdroj, který neustále pracuje s aktuálními informacemi a sleduje aktuální dění a vývoj klinické psychologie u nás, informace poskytnuté těmito odborníky by mohly být velmi cenné.

Opomenuty by však neměly být ani oddělení klinické psychologie v pražských nemocnicích a v psychiatrické léčebně Bohnice. Určitě bude zajímavé srovnání pohledu psychologů pracujících v soukromé praxi a psychologů ze státní sféry. Uvádím zde některá pracoviště, kde bude jistě možné získat zajímavé informace.

- Fakultní nemocnice v Motole
(www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/oddeleni-klinicke-psychologie/).
- Vojenská fakultní nemocnice Praha
(www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=135&lang=cs).
- Nemocnice Na Homolce
(www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/klinicka-psychologie.html).
- Nemocnice Na Bulovce
(bulovka.cz/kliniky-a-oddeleni/oddeleni/oddeleni-klinicke-psychologie).
- Psychiatrické centrum Praha
(www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/psychologie.htm).
- Psychiatrická léčebna Bohnice
(www.plbohnice.cz)

Výhodou určitě je, že kontaktovat jednotlivé psychology a jednotlivá pracoviště nebude obtížné a mohlo by se tedy dosáhnout poměrně velkého a rozmanitého vzorku respondentů.

6 Metody sběru dat

V první fázi se bude jednat zejména o navázání kontaktu s psychologem či psychologickým pracovištěm a následné elektronické zaslání připraveného dotazníku¹⁵, jehož vyplnění bude probíhat prostřednictvím webu www.surveygizmo.com. Dotazník tedy nebude zcela anonymní, protože při vyplňování budou respondenti požádáni o poskytnutí kontaktní e-mailové adresy pro případné následné kontaktování. Při pozdějším vyhodnocování dat a interpretaci výsledků však bude anonymita všech účastníků výzkumu zajištěna.

Dotazník obsahuje dvanáct otázek a s jeho pomocí bude možné získat kvantitativní data o četnosti výskytu kulturně odlišných klientů v psychologických pracovištích. Na základě těchto dat budou vybráni ti psychologové a ta pracoviště, kde se s diagnostikou cizinců setkávají nejčastěji. Konkrétní pracoviště budou následně znovu kontaktována a jednotliví psychologové budou požádáni o krátký individuální polostrukturovaný rozhovor zaměřený na problémy, se kterými se při diagnostice cizinců setkávají a na možné strategie, které se jim v praxi osvědčují a podle kterých postupují.

Základní otázky rozhovoru budou:

- S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při diagnostice cizinců?
- Máte nějaké specifické postupy nebo strategie, kterých využíváte při diagnostice cizinců?

Jedná se tedy o otevřené otázky zaměřené na praktické zkušenosti psychologů. Jeden rozhovor bude trvat zhruba 10-15 minut a cílem bude získat co možná nejkonkrétnější odpovědi, které by byly prakticky využitelné při následném vytváření manuálu. Dále se zaměřím také na některé fakta získaná dotazníkem a detailněji se budu doptávat na zkušenosti psychologů. Jedná se například o problematiku využití tlumočníka, diagnostika v cizím jazyce, odmítnutí klienta a potřeba více informací k problematice interkulturní diagnostiky (otázky 8, 9, 10, a 12).

Kromě poznámek, které si budu dělat během rozhovoru, bude se souhlasem jednotlivých psychologů každý rozhovor nahráván pomocí diktafonu. Nahrávky budou následně podrobeny analýze a vybrány budou ty nejdůležitější informace, které budou použity při vytváření manuálu.

¹⁵ Viz příloha D.

7 Zpracování dat

7.1 Kvantitativní data

Pomocí dotazníku, který bude rozeslán do jednotlivých psychologických pracovišť, budou sesbírána kvantitativní data týkající se četnosti výskytu cizích klientů, nejčastěji vyskytujících se cizinců a názor jednotlivých psychologů na aktuálnost tohoto tématu.

Vyhodnocování kvantitativních dat bude probíhat pomocí deskriptivní statistiky. Bude se jednat zejména o utřídění informací získaných z dotazníků do jednotlivých kategorií, podle kterých pak bude možné získaná data dále interpretovat. Předpokladem je, že kvantitativní data potvrdí hypotézu, že interkulturní problematika je aktuálním tématem i v české klinické praxi a budou tedy podpůrnou součástí pro kvalitativní data, která budou sesbírána posléze. Zpracování kvantitativních dat tedy přinese dvě hlavní kategorie informací:

- Aktuálnost interkulturní problematiky v diagnostice v pražských pracovištích, která je přeložena četností výskytu cizinců žádajících o psychologické vyšetření a názorem odborníků na tuto problematiku.
- Výčet nejčastěji se vyskytujících cizích národností a kultur, se kterými se psychologové v praxi setkávají.

Kvantitativní data budou seřazena do přehledné tabulky (viz Tabulka A), pomocí které budou vyhodnoceny tři nejdůležitější kategorie. Na základě těchto dat pak bude možné vybrat vhodné respondenty pro následný rozhovor a sběr kvalitativních dat.

	Četnost (ot. 2 a 3)	Cizinec (ot. 5)	Aktuálnost (ot. 10)
Respondent A	A (55)	Němci	1
Respondent B	C (20)	Romové	2
Respondent C	D (5)	Němci	3
N = 3	$\bar{X} = 26$	Němci	2

Tab. A. Rozřazení dat do jednotlivých kategorií k následnému vyhodnocení kvantitativních dat.

7.2 Kvalitativní data

Kvalitativní data získaná rozhovorem přinesou informace zejména o problémech, se kterými se psychologové setkávají při vedení diagnostického rozhovoru s cizinci a možných specifických postupech, kterých při práci s nimi využívají. Budou to tedy zejména praktické informace z prostředí české klinické psychologie. Ty budou následně dávány do souvislostí s teoretickými informacemi ze zahraniční literatury jako je například nový manuál DSM-V, kde je věnována kapitola kulturní problematice v psychologické diagnostice.

Jednotlivé rozhovory budou nejdříve analyzovány zvlášť a budou z nich vybrány relevantní informace, tedy informace mající přímou souvislost s interkulturní psychodiagnostikou. Ty pak budou mezi sebou srovnávány a skládány do smysluplných celků. Zároveň budou dávány do souvislostí s teoretickými informacemi, které byly zmíněny v první části této práce a celý balík informací pak bude tvořit základní materiál pro tvorbu manuálu. Budou také tvořit podklad pro závěrečnou zprávu, ve které bude zhodnocen celý průběh výzkumu, zjištěné skutečnosti a možné interpretace a doporučení pro budoucí práci a výzkumy v této oblasti.

8 Úskalí a limity

Při sběru kvantitativních dat pomocí dotazníku nepředpokládám, že by se měl vyskytnout nějaký výraznější problém. Otázky jsou formulovány poměrně jasně, takže k misinterpretacím by nemělo docházet. Zároveň je dotazník vytvořen tak, aby nebyl příliš dlouhý, protože časová náročnost by mohla některé respondenty od vyplnění odradit. Sběr kvantitativních dat by tedy měl proběhnout bez problémů

Více komplikací se může objevit při následném sběru kvalitativních dat pomocí rozhovoru. Bude nutné jednotlivé vybrané psychology znovu kontaktovat a požádat o osobní setkání, což by mohlo být pro některé respondenty problém.

Interview bude mít poměrně jasně vymezenou strukturu, takže samotný průběh rozhovoru by měl být bez problémů. Cílem je, aby byl rozhovor co nejkonkrétnější a držel se stanoveného tématu. Zároveň bude celý rozhovor nahráván, takže bude zajištěno úplné a přesné zachycení informací, což bude velmi užitečné při následné analýze.

Při analýze dat je nebezpečím, že by mohlo dojít k jejich zkreslení. Robson (1993 podle Hendl, 2008) uvádí některé faktory, které negativně ovlivňují analýzu kvalitativních dat. Z faktorů, které uvádí, mi připadají důležité dva, které by se mohly ovlivnit výsledky analýzy dat tohoto výzkumu. Jedná se o pozitivní instance a interní konzistenci.

Pozitivní instance, nebo-li „*tendence ignorovat informace, které jsou v konfliktu s dosud zastávanými názory, a naopak přeceňovat informace, které je podporují*“ (Robson, 1993 podle Hendl, 2008, s. 224). Abychom vliv tohoto faktoru minimalizovali, bude nutné rozhovor analyzovat nejdříve samostatně, bez ohledu na teoretická východiska a ty dát do vztahu se získanými daty až posléze.

Interní konzistence, tedy „*tendence ignorovat překvapivou informaci*“ (Robson, 1993 podle Hendl, 2008, s. 224). Na tuto skutečnost bude nutné dávat pozor zejména během pozdější analýzy, kdy budu zpracovávat informace z jednotlivých rozhovorů do jednoho celku. Zde by mohlo dojít k neúmyslnému ignorování ojedinělých informací, které by mohly být významné, avšak nezapadaly by do celkového konceptu.

Nicméně i přes tato možná úskalí si myslím, že by projekt mohl být velmi přínosný, jeho realizace by mohla být zajímavým příspěvkem pro českou klinickou psychologii.

IV. ZÁVĚR

V práci jsem se zabýval psychologickou diagnostikou a blíže diagnostickým rozhovorem, jakožto hlavním diagnostickým nástrojem při interkulturní psychologické diagnostice.

V úvodní části jsem vymezil obor psychologické diagnostiky, popsal její hlavní metody a blíže se pak věnoval diagnostickému rozhovoru. Zde jsem zmínil některá hlavní témata s ním spojená, jako je například způsob jeho vedení, struktura rozhovoru a možné způsoby kladení otázek. Tato úvodní část je stručným teoretickým rozpracováním psychologické diagnostiky a tvoří jakýsi úvod do problematiky.

Následovala hlavní část, kterou je rozpracování psychodiagnostiky a diagnostického rozhovoru z pohledu interkulturní problematiky. Tato část má formu spíše přehledové studie, kde jsem se pokusil shrnout dosavadní příspěvky a poznatky k tomuto tématu, její současný stav a možný budoucí vývoj. Informace pocházejí převážně z americké literatury a čerpám z odborných článků publikovaných v nedávné době; jedná se tedy o aktuální informace. Snažil jsem se však věnovat pozornost také situaci u nás a poslední kapitola mé práce je věnována problematice interkulturní diagnostiky v České republice. Od té se pak částečně odvíjí i návrh výzkumného projektu, který tvoří závěrečnou část této práce.

Výzkumný projekt je zaměřen na zmapování aktuálnosti problematiky interkulturní psychologické diagnostiky u nás. Jeho cílem je vytvořit příspěvek, který by zhodnotil situaci v pražských psychologických pracovištích založený na sběru faktických informací a zkušeností jednotlivých klinických psychologů. Se získanými informacemi by se pak pracovalo dále a využili by se k vytvoření příručky pro interkulturní diagnostiku. Prostřednictvím tohoto příspěvku bych rád zvýšil pozornost vůči tomuto tématu, které je dle mého názoru velmi důležité a aktuální.

Celou práci jsem se snažil koncipovat tak, aby měla pevný teoretický základ, obsahovala aktuální informace z českých i zahraničních zdrojů, byla napsaná srozumitelným jazykem a aby byla čtivá a zajímavá jak pro laického čtenáře, tak i pro odborníka. Doufám, že se mi aspoň některý z vytyčených cílů podařilo naplnit.

Seznam použité literatury

- Aklin, W. M., & Turner, S. M. (2006). Toward understanding ethnic and cultural factors in the interviewing process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 50-64.
- Alarcón, R.,D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*. 13:131–139.
- Alcántara, C., & Gone, J. P. (2014). Multicultural issues in the clinical interview and diagnostic process. In F. L. Leong, L. Comas-Díaz, G. C. Nagayama Hall, V. C. McLoyd, J. E. Trimble (Eds.), *APA handbook of multicultural psychology, Vol. 2: Applications and training* (pp. 153-163). Washington, DC US: American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, framing, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- APA. (2013). *Cultural concepts in dsm-5*. Dostupné na: <http://www.psychiatry.org/FileLibrary/Practice/DSM/DSM-5/Cultural-Concepts-in-DSM-5.pdf>
- Beck, S. M., & Perry, J. (2008). The Definition and Function of Interview Structure in Psychiatric and Psychotherapeutic Interviews. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 71(1), 1-12.
- Bennett, M. J. (2004). Becoming interculturally competent. In J.S. Wurzel (Ed.) *Toward multiculturalism: A reader in multicultural education*. Newton, MA: Intercultural Resource Corporation.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris: Dunod.
- Burian, J. (2008). *Pendo da Saudade*. Dostupné na: <http://www.janburian.cz/index.php?node=119&catid=145&id=339>
- DeVito, J. (2008). *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. (1. vyd. [i.e. 2. vyd.], 502 s.) Praha: Grada.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. (Vyd. 1., 255 s.) Praha: Portál.
- Grieger, I. (2008). A cultural assessment framework and interview protocol. *Handbook of multicultural assessment: Clinical, psychological, and educational applications*, 3, 132-161.
- Groth-Marnat, G. (c2003). *Handbook of psychological assessment*. (4th ed., xv, 824 s.) Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.

- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. (1. vyd., 774 s.) Praha: Portál.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. (2., aktualiz. vyd., 407 s.) Praha: Portál.
- IPPP, ČR. (2007). *Koncepce interkulturního poradenství*. Dostupné na: www.ippp.cz/images/stories/doc/koncepce/koncepce_interkulturnho_poradenstv_koncepce_koncepce_interkulturnho_poradenstv.pdf
- Kvale, S. (1983). The qualitative research interview: A phenomenological and a hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology*, 14, 171–196.
- Ledoux, A. (1983). La communication non verbale dans l'entretien clinique. In Chiland, C. (Eds.). *L'entretien clinique* (pp. 74-85). Paris: Presses Universitaires de France.
- Ledoux, M. (1983). La succession des entretiens : du diagnostic à la thérapie. In Chiland, C. (Eds.). *L'entretien clinique* (pp. 146-153). Paris: Presses Universitaires de France.
- Linhart, J., Vodáková, A., & Petrusek, M. (1996). *Velký sociologický slovník*. (1. vyd., 2 sv.) Praha: Karolinum.
- Malgady, R. G., & Zayas, L. H. (2001). Cultural and linguistic considerations in psychodiagnosis with Hispanics: The need for an empirically informed process model. *Social Work*, 46(1), 39-49.
- Marsella, A., & Yamada, A. (2010). Culture and Psychopathology: Foundations, Issues, Directions. *Journal Of Pacific Rim Psychology*, 4(2), 103-115.
- Matarazzo, J. D. (1990). Psychological assessment versus psychological testing: Validation from Binet to the school, clinic, and courtroom. *American Psychologist*, 45(9), 999-1017.
- Mikšík, O. (2007). *Psychologické teorie osobnosti*. (2. přeprac. vyd., 269 s.) Praha: Karolinum.
- Morgensternová, M. (2007). Interkulturní kompetence a prohlubování interkulturní senzitivity. Interkulturní kompetence – popis jednotlivých kategorií. In Morgensternová, M., & Šulová, L. *Interkulturní psychologie: rozvoj interkulturní senzitivity*. (Vyd. 1., 218 s.). (pp. 9-134). Praha: Karolinum.
- Orwell, G. (1991). *Hold Katalánsku*. Praha: Odeon.

- Paniagua, F. A. (2013). Assessment and Diagnosis in a Cultural Context. In M. M. Leach & J. D. Aten (Eds.), *Culture and Therapeutic Process: A Guide for Mental Health Professionals*, (s. 65-99) New York: Taylor & Francis.
- Pavlovský, P. (2001). Transkultúrální psychiatrie. In Raboch, J., & Zvolský, P. *Psychiatrie*. (1. vyd., xxxi, 622 s.). (pp. 508-512). Praha: Galén.
- Plháková, A. (2010). *Učebnice obecné psychologie*. (Vyd. 2., 472 s.) Praha: Academia.
- Průcha, J. (2010). *Interkulturní psychologie: [sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů]*. (3. vyd., 220 s.) Praha: Portál.
- Raboch, J. (2001). Klasifikační systémy v psychiatrii. In Raboch, J., & Zvolský, P. *Psychiatrie*. (1. vyd., xxxi, 622 s.). (pp. 135-139). Praha: Galén.
- Razzouk, D., Nogueira, B., & de Jesus Mari, J. (2011). The contribution of Latin American and Caribbean studies on culture-bound syndromes for the revision of the ICD-10: Key findings from a work in progress. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 33(Suppl 1), s13-s24.
- Rogers, C. R. (1979). The Foundation of the Person-Centered Approach. *Education*, 100(2), 98.
- Říčan, P. (1977). *Úvod do psychometrie*. (191 s.) Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Sommers-Flanagan, R., & Sommers-Flanagan, J. (1999). *Clinical interviewing*. (2nd ed., XII, 436 s.) New York: Wiley.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53(4), 440-448.
- Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. (Vyd. 2., v nakl. Portál 1., 342 s.) Praha: Portál.
- Ting-Toomey, S. (1999). *Communicating Across Cultures*. New York: Guilford.
- Vymětal, J. (2001). Psychologické vyšetření a diagnostika. In Raboch, J., & Zvolský, P. *Psychiatrie*. (1. vyd., xxxi, 622 s.). (pp. 72-80). Praha: Galén.
- Warren, Barbara Jones, PhD, RN,C.N.S.-B.C., F.A.A.N. (2013). How culture is assessed in the DSM-5. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 51(4), 40-45.
- Whaley, A. L., & Hall, B. N. (2009). Cultural themes in the psychotic symptoms of African American psychiatric patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(1), 75.

Přílohy

Příloha A: Kategorie měření strukturovanosti rozhovoru (Beck & Perry, 2008, s. 9).

Beck and Perry

9

TABLE 2. Proposed Operational Measures for Level of Interview Structure

Operational Measures	Description	Relationship to Interview Structure
Measure 1: Proportion of words in the interview attributable to the interviewer	Measure 1: The total number of interviewer words divided by the total number of words spoken in the interview.	Measure 1: The higher the proportion of words attributable to the interviewer, the more structured the interview.
Measure 2: The total number of interviewer utterances	Measure 2: The number of utterances by the interviewer per 50 minutes of interviewing time	Measure 2: The more interviewer interventions, the higher the structure provided.
Measure 3: Mean word length of interviewer's interventions	Measure 3: The total number of words spoken by the interviewer divided by the total number of interventions made by the interviewer.	Measure 3: The longer the average length of interviewer's interventions, the more structure provided to the interviewee.
Measure 4: Mean word length of subject's interventions	Measure 4: The total number of words spoken by the subject divided by the total number of interventions made by the subject.	Measure 4: The lower the average word length of subject's interventions the more structured the interview.
Measure 5: Percentage of declarative demands or questions formulated by the interviewer	Measure 5: The number of declarative demands divided by the total number of interviewer interventions per 50 minutes of interviewing time.	Measure 5: The higher the percentage of declarative demands by the interviewer, the more structured the interview.
Measure 6: Proportion of questions that are open/semi/closed-ended provided by the interviewer.	Measure 6: Questions are grouped into three distinct categories: open, semi, and closed-ended. Each is given a score of 1, 2 and 3 respectively. The number of questions per category is divided by the total number of questions in the interview, yielding a percentage for each category. A weighted average score ranging between 1 and 3 provides the degree to which questions are opened vs closed-ended in the interview.	Measure 6: The higher the mean score, all categories combined, the more structured the interview. Inversely, the lower the mean score, the less structured the interview.
Measure 7: Proportion of non lexical utterances or brief acknowledgments by the interviewer (e.g., "mm-hmm..." or "I see...")	Measure 7: Brief utterances or mild reinforcing comments indicating the interviewer is listening to the interviewee	Measure 7: A greater number of nonlexical utterances per interview implies a higher degree of structure provided by the interviewer

Příloha B: Seznam kulturně podmíněných duševních onemocnění podle DSM IV (Marsella & Yamada, 2010, s. 107).

Table 1

Examples of Culture-Bound Disorders

Name	Definition and cultural and geographical location
Amok	Sudden outburst of explosive and assaultive violence preceded by period of social withdrawal and apathy (Southeast Asia, Philippines)
Ataque de Nervios	Uncontrollable shouting and/or crying. Verbal and physical aggression. Heat in chest rising to head. Feeling of losing control. Occasional amnesia for experience (Caribbean Latinos and South American Latinos).
Hwa-Byung	Acute panic, fear of death, fatigue, anorexia, dyspnea, palpitations, lump in upper stomach (Korea).
Latah	Startle reaction followed by echolalia and echopraxia, and sometimes coprolalia and altered consciousness (Malaysia and Indonesia).
Koro (Shook yong)	Intense fear following perception that one's genitalia (men/women) or breasts (women) are withdrawing into one's body. Shame may also be present if perception is associated in time with immoral sexual activity (Chinese populations in Hong Kong and Southeast Asia).
Phii Pob	Believes one is possessed by a spirit. Numbness of limbs, shouting, weeping, confused speech, shyness (Thailand).
Pissu	Burning sensations in stomach, coldness in body, hallucinations, dissociation (Ceylon).
Suchi-bai	Excessive concerns for cleanliness (changes street clothes, washes money, hops while walking to avoid dirt, washes furniture, remains immersed in holy river (Bengal, India - especially Hindu widows).
Susto (Espanto)	Strong sense of fear that one has lost their soul. Accompanied by anorexia, weight loss, skin pallor, fatigue, lethargy, extensive thirst, untidiness, tachycardia, and withdrawal (Latinos in South and Central America, Mexico, and Latino migrants to North America).
Taijin Kyofusho	Intense fear of interpersonal relations. Belief that parts of body give off offensive odors or displease others (Japan).
Tawatl Ye Sni	Total discouragement. Preoccupation with death, ghosts, spirits. Excessive drinking, suicide thoughts and attempts (Sioux Indians).
Uquamairineq	Hypnotic states, disturbed sleep, sleep paralysis, dissociative episodes and occasional hallucinations (Native Alaskans: Inuit, Yuit).

Source: Marsella, 2000, p. 408.

Příloha C: Psychologické testy užívané v interkulturní diagnostice (Paniagua, 2013, s. 81).

TABLE 4.2
Tests Recommended with Culturally
Diverse Groups

	Reference
Tests to Assess Intellectual Functioning	
Culture-Fair Intelligence Test	Anastasi (1988)
Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC)	Kaufman et al. (1985)
Leiter International Performance Scale	Anastasi (1988)
Progressive Matrices	Anastasi (1988)
System of Multicultural Pluralistic Assessment (SOMPA)	Mercer & Lewis (1978)
Tests to Assess Psychopathology	
Center for Epidemiologic Depression Studies Depression Scale (CES-D)	Radloff (1977)
Draw-A-Person Test (DAP)	French (1993)
Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)	Eysenck & Eysenck (1975)
Holtzman Inkblot Technique (HIT)	Holtzman (1988)
Psychiatric Status Schedule for Asian Americans	Yamamoto et al. (1982)
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)	Spitzer & Endicott (1978)
Tell-Me-A-Story Test (TEMAS)	Costantino et al. (1988)
Vietnamese Depression Scale	Kinzie et al. (1982)

Source: Adapted from Paniagua (2005).

Příloha D: Dotazník - Interkulturní psychologická diagnostika

V rámci své výzkumné práce bych Vás v následujícím dotazníku rád poprosil o zprostředkování Vašich profesionálních zkušeností s interkulturní psychologickou diagnostikou. Jedná se o téma, kterému v České republice zatím není věnováno mnoho pozornosti a rád bych prostřednictvím svého výzkumu zmapoval aktuálnost této problematiky. V tomto dotazníku pojmám interkulturní psychodiagnostiku jako každé vyšetření, kdy je psycholog příslušníkem jiné kultury, než je klient. Může se tedy jednat o klienta jiné národnosti (Francouz), etnika (Rom) nebo rasy (Afroameričan). V dotazníku označuji takového klienta obecně jako „cizinec“.

Zpracování dotazníku a vyhodnocení dat je anonymní, nicméně poprosil bych Vás o poskytnutí kontaktní e-mailové adresy, pomocí které bych Vás mohl kontaktovat v případě spolupráce v další části výzkumu.

Děkuji za ochotu při vyplňování!

1) Jak dlouho pracujete jako klinický psycholog?

A) 0-3 roky B) 4-7 let C) 8-10 let D) více než 10 let

2) Pracujete aktuálně ve státní nebo soukromé sféře?

A) Státní B) Soukromé C) Ve státní i soukromé

3) Setkáváte se ve své praxi s psychologickou diagnostikou cizinců?

A) Ano B) Ne (Pokud ne, přejděte na otázku č. 10)

4) Pokud ano, jak je to časté?

A) Téměř každý týden B) Zhruba jednou do měsíce
C) Méně než jednou za měsíc D) Jen několikrát do roka

5) Zkuste zhruba odhadnout, s kolika cizinci jste se ve své diagnostické praxi setkal/a.

.....

6) S jakými cizinci se nejčastěji setkáváte? (Prosím, vypište)

7) Vnímáte, že se ve své praxi s diagnostikou cizinců setkáváte čím dál častěji?

- A) Ano B) Ne, výskyt cizinců je v mé praxi konstantní
C) Naopak, čím dál tím méně často D) Nevím

8) Stalo se Vám někdy, že jste prováděl/a diagnostiku v cizím jazyce? Pokud ano, v jakém?

- A) V angličtině – univerzální jazyk*
B) V angličtině – mateřský jazyk klienta
C) V – mateřský jazyk klienta
D) V – univerzální jazyk (národnost klienta:)
E) Ne, vždy jsem používal/a češtinu, popřípadě prostřednictvím tlumočníka

9) Využil/a jste někdy ve své praxi tlumočníka?

- A) Ano B) Ne

10) Stalo se Vám někdy, že jste musel/a odmítnout vyšetření klienta, protože byl jiné národnosti, etnika, nemluvil českým jazykem nebo se kulturně lišil natolik, že jeho vyšetření nebylo možné?

- A) Ano (*V případě, že ano, prosím, specifikujte*) B) Ne

11) Ohodnoťte na škále 1-5 Vaše subjektivní vnímání aktuálnosti problematiky interkulturní psychodiagnostiky u nás.

- A) 1 – Velmi aktuální B) 2 – Poměrně aktuální C) 3 – Nevím
D) 4 – Spíše neaktuální E) 5 – Naprosto neaktuální

12) Ocenil/a byste ve své praxi více praktických informací k tématu interkulturní psychodiagnostiky a k tomu, jak s cizinci pracovat (např. interkulturní diagnostický rozhovor, využití kulturně senzitivních testů, atd.)?

- A) Ano, bylo by to užitečné B) Ne, není to potřeba C) Nevím

* Není mateřským jazykem klienta, ani psychologa.